

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ANNIE ROUSSEAU

LES RELATIONS POSSIBLES ENTRE LE STYLE PARENTAL  
SUR LE PLAN DES ATTITUDES ET L'HYPERACTIVITÉ  
AVEC OU SANS AGRESSIVITÉ

MAI 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

L'objectif de cette recherche est de cerner la nature des interactions des mères d'hyperactif et de comparer ces interactions avec celles que les mères d'enfant sans trouble apparent entretiennent avec leur enfant. Il est également de vérifier si des différences existent sur le même plan du style parental entre les mères d'hyperactif et les mères d'hyperactif agressif. La démarche utilise le modèle théorique de Baumrind, qui a répertorié les différents styles parentaux. De façon plus précise, trois hypothèses sont mises à l'étude. La première hypothèse propose que les mères d'enfant hyperactif avec ou sans agressivité sont, sur le plan des attitudes, plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant sans trouble de comportement. La deuxième hypothèse suggère que les mères d'enfant hyperactif sans agressivité sont, sur le plan des attitudes, plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant hyperactif agressif. Enfin, la troisième hypothèse soutient que les mères d'enfant hyperactif agressif sont, sur le plan des attitudes, plus du style rejetant-hostile que les mères d'enfant hyperactif simplement. L'échantillon de l'étude se compose de 58 mères, dont 17 ayant un enfant hyperactif, 21 ayant un enfant hyperactif agressif et 20 ayant un enfant sans problème de comportement. L'hyperactivité de l'enfant est déterminée par le questionnaire *Conners pour parent* (version révisée), le questionnaire *Child Behavior Checklist* (version révisée) ainsi qu'un diagnostic posé par un professionnel. L'agressivité est déterminée par le *Child Behavior Checklist*

(version révisée). Le questionnaire *Parental Attitude Research Instrument* évalue les trois styles d'attitude parentale (contrôlant-autoritaire, hostile-rejetant, démocratique-égalitaire). Les résultats de la recherche confirment la première hypothèse: le groupe de mères d'hyperactif avec et sans agressivité est significativement plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant sans trouble de comportement. La deuxième hypothèse n'est pas confirmée: il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes de mères d'enfant hyperactif et d'hyperactif agressif sur le style contrôlant-autoritaire. La troisième hypothèse est confirmée: le groupe de mères d'hyperactif agressif est significativement plus du style rejetant-hostile que le groupe de mères d'hyperactif simplement. Des analyses complémentaires permettent de démontrer que le regroupement de mères d'hyperactif avec ou sans agressivité se différencie de manière statistiquement significative du groupe de mères d'enfant sans problème comportemental: les mères d'hyperactif avec et sans agressivité adoptent significativement plus le style rejetant-hostile que les mères d'enfant sans trouble de comportement et les mères d'enfant sans trouble de comportement adoptent significativement plus le style démocratique-égalitaire que les mères d'hyperactif avec ou sans agressivité. La discussion permet de mettre ces résultats en relation avec les données publiées antérieurement en même temps qu'elle dégage le sens et les limites qu'il faut leur donner. Dans la conclusion, une piste est suggérée pour la poursuite de cette orientation de recherche.

## Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Chapitre un. Contexte théorique	4
1.1.1 La notion d'hyperactivité avec déficit d'attention: origine et évolution	5
1.1.2 L'hyperactivité: acception contemporaine	11
1.1.2.1 Les caractéristiques incluses dans le syndrome	13
1.1.2.2 Des caractéristiques complémentaires	17
1.1.2.3 Les problèmes associés à l'hyperactivité	17
1.1.2.4 La prévalence du syndrome	21
1.1.2.5 Le bilan actuel de l'étiologie	22
1.2 L'environnement familial et l'hyperactivité	28
1.2.1 Les facteurs familiaux	28
1.2.2 Les interactions entre parents et enfant hyperactif	35
1.3 Le style parental	44
1.3.1 Le style parental dans la famille de l'enfant hyperactif	48
1.4 La problématique et les hypothèses	51

Chapitre deux. Méthode	54
2.1 Les sujets	55
2.2 Les instruments de mesures	58
2.3 Le déroulement de l'expérimentation	64
Chapitre trois. Présentation des résultats et discussion	65
3.1 La présentation des résultats	66
3.2 La discussion	71
Conclusion	76
Références	80
Appendice	94

### Liste des tableaux

Tableau 1	Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mères d'Hyperactif et Contrôle en fonction du Style d'Attitude Parentale Contrôlant-Autoritaire	67
Tableau 2	Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mère d'Hyperactif en fonction du Style d'Attitude Parentale Contrôlant-Autoritaire	68
Tableau 3	Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mère d'Hyperactif en fonction du Style d'Attitude Parentale Rejetant-Hostile	68
Tableau 4	Moyennes et Écarts-Types pour les Deux Groupes en fonction des Styles d'Attitude Parentale Rejetant-Hostile et Démocratique-Égalitaire	69
Tableau 5	Comparaison de Moyennes a Posteriori (Scheffé) pour les Trois Groupes en fonction des Styles d'Attitude Parentale	71

### Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de recherche Monsieur Michel Bossé, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec-à -Trois-Rivières, à qui elle est redevable d'une assistance éclairée. Nous tenons aussi à remercier Jacques Boulay, psychologue, pour sa collaboration à ce projet ainsi que la commission scolaire Samuel-de-Champlain et l'organisme Panda Mauricie pour leur coopération.



## Introduction

L'hyperactivité avec déficit d'attention est un trouble comportemental qui surgit dans l'enfance et qui se maintient jusqu'à l'adolescence et souvent au delà de celle-ci. Ses manifestations essentielles sont l'inattention, l'impulsivité et la sur-activité motrice. Depuis quelques années, la recherche sur le sujet s'est fortement accrue, de telle sorte que ce trouble constitue l'un des problèmes les plus étudiés chez les enfants d'âge scolaire. Des études récentes mettent de l'avant que les enfants hyperactifs présentent fréquemment d'autres problèmes, dont le plus le plus répandu serait l'agressivité.

Une étude de la documentation scientifique permet de constater que la question de l'étiologie de ce trouble comportemental reste sujet à controverse. Deux camps s'affrontent énergiquement: les tenants d'une explication biologique et les tenants d'une explication psycho-sociale. Cette double orientation peut également servir, de toute façon, à catégoriser la recherche sur le sujet de l'hyperactivité, même si plusieurs chercheurs évitent de centrer leurs travaux trop exclusivement ou trop immédiatement sur les dimensions étiologiques du trouble.

La présente recherche se situe dans le sillage des recherches à orientation psycho-sociale. Comme celles-ci, elle vise d'abord et avant tout à jeter un éclairage sur le sujet de la nature des interactions entre les parents et l'enfant hyperactif. Elle

s'intéresse plus précisément au style parental adopté par les mères dans les interactions avec leur enfant hyperactif comparativement à celui qu'adoptent les mères d'enfant sans trouble comportemental apparent. Misant sur la fécondité du modèle classificatoire de Baumrind (1971) qu'elle adopte, l'étude vise également à vérifier si des différences interactionnelles significatives peuvent être dégagées entre les mères d'enfant hyperactif et les mères d'enfant hyperactif agressif.

Notre étude se présente comme suit: un premier chapitre propose une revue des écrits pertinents sur le syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention, sur l'environnement de ce type d'enfant et sur le modèle théorique des styles parentaux; les hypothèses qui se dégagent de la problématique y sont également présentées; les différents aspects de la méthodologie utilisée dans cette étude font l'objet du deuxième chapitre où sont décrits de l'échantillon des sujets, les instruments de mesure utilisés et le déroulement de l'expérimentation; dans le troisième chapitre, se retrouvent la présentation et l'analyse des résultats obtenus, ainsi qu'une discussion d'ensemble.

## Contexte théorique

Comment définit-on l'hyperactivité avec déficit d'attention actuellement? Quel bilan peut-on tirer des connaissances accumulées sur la question de ce syndrome au cours des deux dernières décennies? Quelles sont les orientations actuelles de la recherche dans ce domaine et dans quel courant se situe la contribution spécifique qu'entend réaliser la présente étude? Voilà tout autant de questions auxquelles le premier chapitre entend donner réponse. Le cheminement proposé se compose de quatre parties essentielles: la première étudiera la notion d'hyperactivité avec déficit d'attention, la seconde portera sur l'environnement familial et l'hyperactivité, la troisième fera une présentation des données se rapportant au style parental et la quatrième introduira la problématique ainsi que les hypothèses mises à l'étude.

#### 1.1.1 La notion d'hyperactivité avec déficit d'attention: origine et évolution

Que désigne-t-on par l'hyperactivité avec déficit d'attention? Une analyse étymologique rapide du mot *hyperactivité* permet d'entrevoir qu'il s'agit d'un excès d'activité, d'un comportement qui est au-dessus de ce qui est manifesté normalement. Les mots *déficit d'attention* quant à eux évoquent une sous-performance ou une capacité déficitaire au niveau de l'attention ou de la concentration.

Ce que l'on appelle aujourd'hui "hyperactivité avec déficit d'attention"<sup>1</sup> n'a pas toujours porté ce nom. En fait, durant le dernier siècle, les chercheurs et cliniciens ont eu recours à différents termes pour désigner ce trouble chez l'enfant; les principaux sont *l'atteinte cérébrale*, *l'atteinte cérébrale légère*, *la dysfonction cérébrale*, *l'hyperkinésie* et *le déficit d'attention avec hyperactivité*.

L'utilisation des termes "atteinte cérébrale" apparaît en 1902. Un pédiatre anglais, G. F. Still, a été le premier à faire une description d'enfants avec des problèmes comportementaux spécifiques: manque d'inhibition, faible capacité d'attention, sur-réactivité, agressivité, saute d'humeur, désobéissance, opposition. Still conclut à un déficit du contrôle moral dans le comportement de ces enfants (Barkley, 1990; Dubé, 1992; Gagné, 1988; Weiss & Hechtman, 1993). Selon lui, ce déficit devait être compris comme associé à un retard intellectuel, encore que ces comportements pouvaient être aussi observés chez des enfants ne présentant pas un tel retard (Barkley, 1990). Still admettait que, si certains enfants présentaient des indices de lésions cérébrales ou des antécédents de traumatisme crânien qui pouvaient expliquer les modifications comportementales, dans la plupart des cas aucune cause organique ne pouvait être décelée (Dubé, 1992; Gagné, 1988). Il en vint à émettre deux hypothèses sur l'étiologie de ce trouble: d'une part, une atteinte cérébrale

---

<sup>1</sup> Pour alléger le texte, nous utiliserons le mot hyperactivité pour parler du désordre de l'hyperactivité avec déficit d'attention.

importante touchant les fonctions intellectuelles générales et, d'autre part, un dommage présumé moindre qui affecterait des fonctions mentales supérieures comme le contrôle moral (Dubé, 1992). Il suggéra aussi que les facteurs environnementaux pouvaient y jouer un rôle (Weiss & Hechtman, 1993).

Tout comme Still, Tredgold, en 1914, conclut à un défaut du contrôle moral et à une anomalie organique touchant les niveaux supérieurs du cerveau. Il appuie la position de Still en suggérant l'hypothèse que certains dommages cérébraux tels que des accidents à la naissance ou encore une anoxie légère peuvent passer inaperçus sur le moment mais deviennent plus apparents lorsque l'enfant doit satisfaire les demandes venant de l'école (Gagné, 1988). L'anomalie peut également se rattacher, selon Tredgold, à une prédisposition héréditaire, la diathèse neuropathique, dans laquelle aucun facteur environnemental ne joue un rôle (Dubé, 1992).

Chez les cas d'enfants décrits par Still et Tredgold, on retrouvait d'autres troubles que ceux spécifiques du syndrome d'hyperactivité tel qu'on le conçoit aujourd'hui : troubles oppositionnels-défiants ou de conduite, troubles d'apprentissage, épilepsie, retard mental, etc. (Barkley, 1990). Les cas visés par ces premières observations étaient donc fort hétérogènes.

En 1937, Bradley découvre tout à fait par hasard les effets d'une médication sur les comportements des enfants. Il prescrit des amphétamines à des enfants

perturbés émotionnellement dans le but de les soulager de maux de tête. Il remarque un changement relativement important au niveau des comportements sociaux et des performances scolaires (Dubé, 1992; Gagné, 1988). L'effet des stimulants a contribué à étayer la thèse d'une atteinte cérébrale chez les enfants ayant des comportements jugés anormaux (Dubé, 1992).

À la même période, la notion d'atteinte cérébrale légère apparaît pour désigner un ensemble de troubles chez l'enfant, ensemble dont fait partie les symptômes de l'hyperactivité. Kahn et Cohen (1934) observent ces enfants et, en s'inspirant des travaux antérieurs mais sans preuve convaincante, ils déclarent que l'origine du problème se situe au niveau du tronc cérébral.

Cette orientation a été appuyée par les travaux de Strauss et Werner (cités dans Weiss & Hetchman, 1986) dans les années quarante. Dans leurs travaux, ces chercheurs relient l'incidence de lésions cérébrales et celles des comportements d'hyperactivité, de distractibilité, d'impulsivité et de déficits cognitifs. Ils ont suggéré que des enfants manifestant des comportements similaires sans démontrer de dommages cérébraux souffraient probablement de lésions cérébrales.

Le syndrome d'atteinte cérébrale légère gagne en popularité dans les années quarante et cinquante, ceci étant possiblement dû à l'enthousiasme de Strauss (Weiss & Hechtman, 1993). Grâce aux travaux de Knobloch et Pasamanick (1959) réalisés



au cours des années cinquante, la thèse du lien entre l'atteinte cérébrale légère et les comportements hyperactifs cherche à s'établir par des observations chez les enfants prématurés et ceux qui ont eu des complications durant la grossesse. Les enfants avec des troubles de comportement avaient eu plus de complications durant la grossesse (Dubé, 1992; Weiss & Hechtman, 1993). Cependant, ces travaux furent sévèrement critiqués pour leurs lacunes au niveau méthodologique, notamment le seuil de déviance des comportements compris dans le trouble, le mutisme sur ceux qui n'ont pas eu de complication durant la grossesse et sur ceux qui ont eu des complications mais pas de troubles comportementaux (Weiss & Hechtman, 1993).

La notion d'atteinte cérébrale légère a été critiquée par la suite comme étant vague et soutenue par peu de données neurologiques (Kirk, 1963). On en est venu progressivement à distinguer certains troubles spécifiques tels que la dyslexie, le trouble de langage, les difficultés d'apprentissage, ces troubles étant soupçonnés, comme l'hyperactivité, être causés par une atteinte cérébrale (Barkley, 1990).

Au début des années soixante, est mise en doute et critiquée l'hypothèse du syndrome unitaire de l'atteinte cérébrale pour rendre compte du syndrome d'hyperactivité (Barkley, 1990; Weiss & Hechtman, 1993). On avoue que l'on ne discerne pas d'atteinte cérébrale, si légère soit-elle. Est suggérée l'idée qu'il y pourrait y avoir d'autres causes pouvant expliquer ces comportements (Weiss & Hechtman, 1993). Puisque plusieurs chercheurs n'adhèrent pas ou plus à la

conception d'une cause d'atteinte cérébrale, la manière de dénommer le désordre d'hyperactivité par ses symptômes commence à s'imposer. Laufer et Denhoff (1957) donne une excellente description du syndrome qu'ils appellent "désordre hyperkinétique et impulsif". Cette terminologie est basée sur les symptômes et non sur l'étiologie comme c'était le cas de l'expression atteinte cérébrale. De plus, elle différencie l'hyperactivité d'autres syndromes chez l'enfant. La critique sur l'étiologie a également rendu possibles des hypothèses qui mettent l'accent sur une autre dimension: le lien entre le processus d'attention, le style cognitif et les difficultés académiques fréquemment observés chez l'enfant hyperactif (Gagné, 1988).

Cette orientation va se préciser au cours des années soixante-dix, qui verront une augmentation de l'intérêt pour ce syndrome au niveau de la clinique et de la recherche. Cette augmentation se traduit par le nombre accru de publications de recherche sur le sujet. Le désordre commence à être un sujet sérieux tant chez les professionnels que dans la population (Barkley, 1990; Weiss & Hechtman, 1993). L'approche cognitive devient prépondérante dans le domaine. Douglas (1972) affirme que les problèmes majeurs des enfants hyperactifs sont l'incapacité de s'arrêter, de regarder et d'écouter.

Dans les années quatre-vingt, le syndrome devient le plus étudié des désordres de l'enfance (Barkley, 1990; Weiss & Hechtman, 1993). Le défi consiste à développer des critères cliniques spécifiques, une conception et un diagnostic

différentiel d'hyperactivité (Barkley, 1990). Concrètement, des échelles de comportement sont mises au point pour aider les chercheurs, les cliniciens et les associations de parents (Barkley, 1990).

C'est au cours de cette période que la mention du désordre d'hyperactivité apparaît dans le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association psychiatrique américaine (APA, 1980). Cette mention porte la marque de Dykman et Douglas pour sa terminologie et ses critères cliniques: on y parle de "trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité" (Dubé, 1992). La version révisée (DSM-III-R) (APA, 1987) distingue les enfants qui ont un déficit d'attention seulement et ceux qui ont un déficit d'attention accompagné d'hyperactivité; c'est donc dire que l'appellation change une nouvelle fois pour devenir "hyperactivité avec déficit d'attention" .

Le syndrome commence à se préciser. On distingue à présent les symptômes primaires, secondaires et les symptômes qui ne touchent pas directement l'hyperactivité. Cependant, l'étiologie semble toujours énigmatique quoique l'hypothèse d'une seule cause est en recul et la terminologie encore incertaine.

#### 1.1.2 L'hyperactivité: acception contemporaine

Ce qui est désigné par l'hyperactivité a encore aujourd'hui des dimensions qui sont imprécises malgré l'augmentation spectaculaire de la recherche dans le domaine

au cours des deux dernières décennies. La notion reste donc relativement imprécise du fait que les chercheurs et cliniciens qui s'intéressent à la question ne s'entendent pas sur certains points comme l'étiologie ou le seuil de déviance des comportements. L'usage clinique de la notion reste à la merci du professionnel et de ses conceptions personnelles.

Selon Dubé (1992), aucune définition de la problématique ne peut être tout à fait satisfaisante, que l'on présente le syndrome d'une façon étiologique ou comportementale. En outre, cet auteur soutient que la notion d'hyperactivité est utilisée pour une population hétérogène d'enfants dont les comportements sont variables et influencés par de multiples facteurs. Il croit par ailleurs qu'une démarche comme celle du DSM, qui vise à préciser les critères diagnostiques, nous met sur la bonne voie.

Barkley (1990) pense aussi qu'essayer de définir clairement l'hyperactivité est une tâche ardue; il propose lui-même une définition qui pourrait conduire à un consensus:

L'hyperactivité avec déficit d'attention est un désordre développemental qui est caractérisé par un degré de développement inapproprié d'inattention, de sur-réactivité et d'impulsivité. Ces troubles surviennent souvent dans la petite enfance, ils sont relativement chroniques par nature, et ils ne sont pas facilement expliqués par des raisons neurologiques, sensorielles, langagières, par une détérioration motrice ou un désordre émotionnel sévère. Ces difficultés sont typiquement associées à un déficit du comportement de soumissions à des règles et à une incapacité à maintenir un niveau optimal dans la

performance du travail à travers le temps (traduction libre).

Comme le démontre la définition de Barkley (1990), le consensus entre les professionnels du domaine s'établit par rapport aux caractéristiques de l'enfant et à celles de sa relation avec environnement.

#### 1.1.2.1 Les caractéristiques incluses dans le syndrome

La description des caractéristiques constitue ce qui est le plus précis et ce qui amène le plus d'accord dans la problématique. Les difficultés majeures qui spécifient l'hyperactivité sont le comportement sur-activé, l'inattention et l'impulsivité. Ces trois manifestations comportementales sont considérées comme les symptômes primaires du désordre et elles constituent la base du diagnostic d'hyperactivité. Il semble par ailleurs difficile d'établir une hiérarchie entre ces trois symptômes. S'il y a variation d'un individu à l'autre, celle-ci pourrait être le fait d'une différence de degré ou de particularités découlant des situations (Dubé, 1992).

Qu'est-ce que l'hyperactivité ou la sur-activation en tant que symptôme présent dans le syndrome? L'hyperactivité est considérée comme un niveau excessif d'activité autant motrice que verbale (Barkley, 1990). Cette manifestation est décrite comme une difficulté d'inhibition motrice comprenant un déficit au niveau de la motricité fine et un trouble de coordination (Gagné, 1988). Les mouvements de l'enfant hyperactif sont souvent inappropriés à la tâche, à la situation et au moment; ces mouvements

sont réalisés comme s'ils n'avaient pas de but (Barkley, 1990).

L'enfant avec un désordre hyperactif est très actif à la maison comme partout ailleurs. Des comportements reliés à l'hyperactivité dans la famille ressemblent à ceci: l'enfant est toujours debout à faire quelque chose; il grimpe souvent, ne reste pas assis longtemps, se tortille, saute et court dans une pièce de façon exagérée, il parle beaucoup et fait des bruits avec la bouche (Ahikoff, Gittelman-Klein & Klein, 1977; Barkley & Cunningham, 1979, Porino & al., 1983).

À l'école, l'hyperactivité met l'enfant dans des situations conflictuelles avec l'enseignant et les autres élèves. Ce symptôme peut se manifester de manière suivante: l'enfant ne reste pas assis, remue, se contorsionne sur sa chaise, se promène en classe sans permission, agite bras et jambes quand il travaille, parle aux autres, fait des bruits inhabituels, joue avec des objets qui ne sont pas reliés au travail (Ahikoff, Gittelman-Klein & Klein, 1977; Dubé, 1992).

Un autre symptôme associé est l'inattention qui englobe plusieurs éléments touchant plus particulièrement les facultés cognitives. L'attention peut référer à la vigilance, à l'éveil, à la motivation, à la capacité de choisir et d'organiser les informations, à l'efficacité à résoudre des problèmes et au maintien de la concentration et du contrôle de la distractivité (Barkley, 1990; Dubé, 1992). Les difficultés d'attention de l'enfant hyperactif se rapportent plus spécifiquement au

maintien de la vigilance et de l'attention dans des tâches selon Douglas (1972). Pour ce qui est de la distractibilité, les données de recherche ne permettent pas d'établir hors de tout doute qu'elle correspond à un élément déficitaire de l'attention. Des études sur la distractibilité démontrent qu'en général les enfants hyperactifs ne sont pas plus distraits que les enfants "normaux" quand on les place face à des stimulations non reliées à une tâche à exécuter (Campbell, Douglas & Morgenstern, 1971; Cohen, Weiss & Minde, 1972; Rosenthal & Alen 1980; Steinkamp, 1980). Barkley (1990) estime de son côté qu'il ne s'agit pas d'un problème de distractibilité mais d'un défaut d'effort et de persistance.

Dans les comportements de l'enfant hyperactif, l'inattention peut se traduire de la façon suivante: l'enfant va jouer une courte période avec un jouet pour ensuite passer à un autre; il n'est pas capable de regarder longtemps la télévision; il donne l'impression qu'il n'écoute pas ou qu'il n'a pas entendu ce que disent les parents, les enseignants et les pairs; il a du mal à organiser et à terminer une tâche correctement, que ce soit un travail académique ou domestique; il ne peut travailler de façon indépendante; il a besoin de supervision; il semble rêveur, dans la brume; il réagit plus à des stimuli tels les bruits extérieurs, le téléphone, etc. (Barkley, 1990; Barkley, 1982; Dubé, 1992; Gagné, 1988; Whalen & Henker, 1980).

Comme l'inattention, l'impulsivité constitue un symptôme ayant plusieurs facettes. Elle implique des difficultés au niveau du contrôle des comportements et de

l'inhibition (Barkley, 1990): l'enfant manifeste des difficultés à contrôler ses mouvements, ses déplacements et ses réactions émotionnelles (Gagné, 1988); il ne semble pas tenir compte des conséquences de ses comportements; il a aussi de la difficulté à retarder toute forme de gratification et à tolérer la frustration; enfin, il s'exécute très rapidement et de façon brouillonne dans des tâches structurées (Dubé, 1992).

Chez l'enfant hyperactif, toutes ces dimensions de l'impulsivité se traduisent en une multitude de comportements. Cet enfant répond très rapidement à une situation sans attendre les explications pour l'accomplissement d'un travail à la maison ou à l'école. Il n'est pas capable de considérer ce qui peut être potentiellement une conséquence négative, destructive ou dangereuse (Barkley, 1990; Dubé, 1992). Il semble aussi prendre des risques inutiles allant jusqu'aux blessures ou à un empoisonnement accidentel (Barkley, 1990).

Avec les pairs ou la fratrie, l'enfant hyperactif a de la difficulté à établir une bonne relation à cause de son impulsivité. Il peut négligemment détruire les objets des autres. Il a de la difficulté à jouer avec un groupe car il ne respecte pas les règles de jeu comme attendre son tour. Il a aussi de la difficulté avec des situations ou des jeux qui demandent le partage et la coopération. Il peut également dire des choses sans penser que cela peut blesser l'autre personne ou que cela peut avoir des conséquences sociales pour lui (Barkley, 1990).



### 1.1.2.2 Des caractéristiques complémentaires

Pour le diagnostic d'un enfant hyperactif, d'autres critères sont aussi considérés. Barkley (1990) propose les critères suivants: l'âge où commence le désordre, la chronicité des symptômes, la persévérance et la durée des symptômes, le seuil de déviance, l'exclusion de certaines manifestations ou désordres concomitants et la cooccurrence de symptômes associés ou secondaires. Cependant, les critères de Barkley semblent un peu plus sévères que ceux du DSM-IV (APA, 1994) en ce qui concerne l'apparition du désordre qu'il met avant 6 ans alors que le DSM-IV la met avant 7 ans; la durée et chronicité pour poser le diagnostic d'hyperactivité est d'au moins un an selon Barkley et de six mois et plus selon le DSM-IV.

### 1.1.2.3 Les problèmes associés à l'hyperactivité

À ces caractéristiques et critères décrits plus haut s'ajoutent chez certains enfants d'autres manifestations qui sont associées au désordre de l'hyperactivité. Elles correspondent à des difficultés académiques, sociales, émotionnelles et comportementales (Barkley, 1990; Barkley, 1987).

L'agitation, l'impulsivité et surtout l'inattention amènent souvent des difficultés scolaires chez l'enfant (Dubé, 1992) qui ne peut répondre aux exigences de l'école. Dans une étude longitudinale, Mendelson, Johnson et Stewart (1971) ont découvert que 58% des enfants hyperactifs avaient doublé une ou plusieurs années scolaires.

Selon Barkley (1990), les difficultés d'apprentissage se manifesteraient chez 19 à 26% des enfants hyperactifs.

Au niveau social, les enfants hyperactifs ont des problèmes de relations surtout avec les pairs. Ils sont souvent rejetés par les autres enfants, principalement à cause de leurs comportements impulsifs et d'inattention (Barkley, 1990). Dans l'environnement familial, il semble aussi y avoir plus d'interactions conflictuelles entre l'enfant hyperactif et les autres membres de la famille (Barkley, 1987).

Les enfants hyperactifs ont également des problèmes émotionnels qui peuvent se manifester par des symptômes plus fréquents d'anxiété, de dépression et de faible estime de soi en comparaison avec des enfants qui ne sont pas hyperactifs. Il semble aussi qu'ils se plaindraient plus souvent de malaises somatiques que les enfants "normaux". Dans l'ensemble, les problèmes émotionnels toucheraient 24% des garçons et 35% des filles de la population d'enfants hyperactifs (Munir, Biederman & Knee, 1987).

Le désordre associé le plus fréquent est incontestablement le trouble de la conduite comportant de l'agressivité. Il est généralement accepté par les scientifiques qui étudient les enfants hyperactifs que ceux-ci démontrent un degré plus élevé de difficultés comportementales comme le trouble de la conduite et l'antisocialité en comparaison avec les enfants dit normaux (Barkley, 1990). Il semble que plus de 40

% des enfants et 65 % des adolescents hyperactifs manifestent le trouble oppositionnel avec provocation tel qu'il est décrit dans le DSM-III-R (Barkley, Du Paul & Mc Murray, 1990). Les enseignants notent que 25 % des hyperactifs sont agressifs (Prinz, Conner, & Wilson, 1981), ce que reconnaissent également 40 à 50% des pairs (Pelham & Bender, 1982).

Il y a quelques années, certains chercheurs étaient d'avis que l'hyperactivité et le trouble de la conduite étaient un seul et même désordre (Shapiro & Garfinkel, 1986; Stewart, Cummings, Singer & de Blois, 1981). Plus récemment, toutefois, s'est établie dans les recherches l'habitude de distinguer les cas purs d'hyperactivité, les cas d'agressivité et ceux des enfants qui ont les deux désordres (Hinshaw, 1987; Werry, 1988).

Quelles sont les manifestations que l'on retrouve dans le trouble de la conduite? D'après le DSM-III-R, l'enfant présentant un trouble de la conduite manifeste plus souvent des comportements tels le vol, le mensonge, l'absentéisme scolaire et l'agression physique (APA, 1987; Barkley, 1990; Du Paul & Stoner, 1994). La contestation et l'opposition aux demandes et aux règles des adultes, la colère et la rancune sont quelques comportements que peut avoir un enfant correspondant au diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation tel qu'il apparaît dans le DSM-III-R (APA, 1987; Barkley, 1990). L'agressivité inclut, selon Du Paul et Stoner (1994), la défiance des figures d'autorité, ou la désobéissance à

leurs directives, un faible contrôle de l'humeur, la tendance à argumenter et l'hostilité verbale.

Certaines études ont tenté de distinguer les hyperactifs des hyperactifs-agressifs. Les recherches ont tout particulièrement porté leur attention sur les différences possibles au niveau des trois symptômes primaires, dans la réaction au traitement par médication psychostimulante et dans les interactions avec les personnes de l'entourage. Au niveau des symptômes primaires, les différences de degré apparaissent selon que l'enfant a été diagnostiqué hyperactif seulement ou hyperactif agressif. L'enfant avec un désordre d'hyperactivité simple semble être plus inattentif que l'enfant hyperactif agressif (Barkley, Mc Murray, Edelbrock & Robbins, 1989; Halperin & al., 1990). Ce dernier aurait un niveau d'impulsivité plus élevé comparativement à l'enfant hyperactif (Halperin & al., 1990). Une autre étude a laissé voir que les hyperactifs présentant aussi un trouble oppositionnel avec provocation étaient plus impulsifs, plus hyperactifs et avaient plus de problèmes d'apprentissage comparativement aux enfants simplement hyperactifs (Barkley & al., 1989).

Le traitement des enfants hyperactifs se fait couramment par psychostimulant, principalement par le méthylphénidate (Ritalin). Cette médication semble aider les enfants hyperactifs au niveau de l'attention et de l'inhibition des comportements sur-réactifs (Barkley, 1990). Des chercheurs ont tenté de vérifier l'effet différentiel du

méthylphénidate chez les enfants hyperactifs et les enfants hyperactifs-agressifs. Une telle hypothèse cependant n'a pu être confirmée (Barkley & al., 1989; Du Paul & Stoner, 1994).

Cela étant, des différences subsistent entre les deux types d'enfants quand on les compare dans leurs interactions sociales. Les enfants qui ont les deux désordres sont plus sujets à avoir des conflits interpersonnels à la maison, à l'école et avec les pairs que ceux qui sont simplement hyperactifs (Barkley, 1990; Du Paul & Stoner, 1994). Le taux de rejet des pairs est nettement plus élevé pour les enfants hyperactifs-agressifs. Ceux-ci sont également plus enclins à développer des problèmes au cours de l'adolescence et de l'âge adulte que ne le sont les enfants simplement hyperactifs (Du Paul & Stoner, 1994).

#### 1.1.2.4 La prévalence du syndrome

Plusieurs études nord-américaines ont tenté d'estimer le nombre de cas d'hyperactivité dans la population des enfants. Selon ces études, il semble que le taux de prévalence varie grandement d'une recherche à l'autre, en fait de 1 % à 14 % dans la population d'âge scolaire (Dubé, 1992). Cette grande différence de pourcentage serait due à des différences dans les critères, le seuil de déviance et la définition ainsi qu'à la nature du ou des répondants qui ont réalisé l'évaluation (parent, professeur ou les deux) (Barkley, 1990; Dubé, 1992).

Dans la recherche de Royer (1989), les psychologues scolaires des écoles primaires du Québec ont rapporté que la prévalence de l'hyperactivité pour la province est de 3,27%, tenant compte des critères cliniques du déficit d'attention avec hyperactivité du DSM-III-R. En 1990, Saint-Laurent, Tremblay et Royer ont dégagé un taux de prévalence de 2,66% pour la population scolaire du primaire du Québec.

Dans la population des hyperactifs, il semble avoir une différence dans le nombre de filles par rapport au nombre de garçons, ceux-ci étant nettement plus nombreux. Cette donnée va dans le sens de ce qui semble bien établi cliniquement: les filles manifestent plutôt des symptômes internes (dépression, anxiété, retrait) et moins de symptômes externes comme ceux de l'hyperactivité (Barkley, 1990). Les études sur le ratio du nombre de garçons versus celui de filles ayant le diagnostic d'hyperactivité varient de 2:1 à 10:1 (APA, 1980; Ross & Ross, 1982). La seule étude canadienne stipule que pour la province de l'Ontario, ce même ratio est de 6:1 dans les échantillons d'enfants référés en clinique et de 3:1 pour ceux non référés (Szatmari, Offord & Boyle, 1989).

#### 1.1.2.5 Le bilan actuel de l'étiologie

Même s'ils ont spécifié les symptômes et établi les limites de l'hyperactivité, les chercheurs et cliniciens n'ont guère dépassé le niveau des hypothèses pour la compréhension de ce trouble. Comme le mentionne Gagné (1988), il y a plus de présuppositions que de certitudes au niveau de l'étiologie. En fait, à propos de ce

trouble comme de bon nombre d'autres, toute tentative d'explication se heurte rapidement à la question: quelle est la part de l'inné et celle de l'acquis dans la genèse de ce désordre? Les influences biologiques tout comme celles de l'environnement apparaissent difficiles à cerner pour les chercheurs, surtout quand il s'agit d'un trouble controversé comme celui de l'hyperactivité.

Nous avons vu précédemment que les premières hypothèses concernant les causes de l'hyperactivité étaient d'orientation unitaire et à teneur essentiellement biologique. Au cours des dernières décennies, de nombreuses études ont tenté d'éclairer cet aspect obscur de l'hyperactivité. Comme la plupart de ces recherches ont une nature corrélative, elles ne permettent pas d'établir une relation de cause à effet (Barkley, 1990). Parmi les pistes étiologiques étudiées, on trouve celles qui ont tenté de cerner l'influence possible des facteurs neurologiques, génétiques, environnementaux et familiaux (Barkley, 1990; Dubé, 1992; Du Paul & Stoner, 1994). Comme l'hypothèse d'une cause unique du trouble a été critiquée et rejetée par plusieurs professionnels dans le domaine, des conceptions dualistes ont été mises de l'avant (Dubé, 1992; Schachar, 1992).

Première en date à titre de facteur possible de l'hyperactivité, l'atteinte cérébrale conserve toujours une certaine faveur, quoiqu'on reconnaisse aujourd'hui que la plupart des enfants diagnostiqués hyperactifs n'ont pas de déficit structurel au niveau du système nerveux central (Barkley, 1990; Dubé, 1992; Du Paul & Stoner,

1994).

Si l'hypothèse d'une lésion cérébrale majeure ou détectable n'est généralement plus retenue, celle de micro-lésions consécutives à des complications survenues pendant la grossesse ou lors de l'accouchement conserve un certain attrait (Towbin, 1980). Pourtant, en étudiant l'histoire des enfants hyperactifs, on n'arrive pas à établir, chez la majorité d'entre eux, l'incidence de tels problèmes à cette période de leur vie; de plus, les complications péri- ou post-natales, quand elles sont présentes, sont fréquemment liées à des conditions familiales et sociales difficiles (Sameroff & Chandler, 1975; Werner & Smith, 1977), ce qui complique singulièrement le partage des effets spécifiques. Tout cela fait que le lien entre l'hyperactivité et les complications péri- ou post-natales reste pour l'instant plutôt hypothétique.

Parmi les études neurobiologiques réalisées sur des sujets hyperactifs, certaines se sont spécifiquement intéressées au jeu possible des neurotransmetteurs. On estime toutefois que, généralement, les résultats de ces recherches sont contradictoires et difficiles à interpréter (Barkley, 1990; Dubé, 1992). Ainsi, Dubé (1992) avoue qu'on ne peut tirer de conclusions définitives des études: la relation entre des anomalies biochimiques et l'hyperactivité peut être à considérer mais rien ne permet pour l'instant de l'établir vraiment.

La génétique est un autre aspect de la biologie qui a été étudié pour préciser



l'étiologie de l'hyperactivité. C'est ainsi qu'on a pu observer chez les parents d'enfant hyperactif une incidence plus forte de problèmes d'alcoolisme, de dépression, d'hystérie et de problèmes de comportement dont l'hyperactivité. Cependant, les auteurs sont généralement prudents dans l'interprétation de ces résultats, car les études présentent des lacunes méthodologiques importantes (Barkley, 1990; Dubé, 1992). De plus, il s'avère extrêmement difficile de déterminer s'il s'agit là d'une transmission de caractéristiques génétiques ou d'une transmission intergénérationnelle de difficultés sociales ou psychologiques (Dubé, 1992).

Dans le but de départager la part de l'hérédité et celle du contexte familial, des études ont été réalisées avec des jumeaux et des enfants adoptés. Ces études, notamment celle de Goodman et Stevenson (1989), ont démontré une incidence d'hyperactivité chez 51% des jumeaux monozygotes et chez 33% des jumeaux dizygotes. Ces auteurs pensent que l'hérédité pourrait compter pour 30 à 50% des facteurs explicatifs du problème.

Cantwell (1975) a réalisé une recherche comparant des familles biologiques et des familles adoptives ayant un enfant hyperactif. Il a constaté que les problèmes psychosociaux sont plus fréquents chez les parents biologiques que chez les parents adoptifs. La signification de ce résultat est cependant largement diminuée par le fait que les familles adoptives ont été choisies à partir de critères spécifiques dont l'absence de problèmes psychiatriques.

La revue de ces diverses recherches permet de constater qu'il est ardu d'établir la part de l'hérédité biologique dans la genèse de l'hyperactivité et de la distinguer de celle de l'hérédité "sociale" (Dubé, 1992).

Un autre facteur biologique possible de l'hyperactivité a fait l'objet d'études, notamment au cours des années soixante-dix et quatre-vingt: il s'agit de l'effet de l'environnement physique et des toxines environnementales. L'hypothèse que les colorants, les préservatifs alimentaires et le sucre puissent amener un enfant à être hyperactif a été proposée. Les études qui ont porté sur le sujet n'ont pas démontré de lien significatif (Barkley, 1990). L'hypothèse d'une influence possible d'une contamination au plomb a également été étudiée (Barkley, 1990; Dubé, 1992). Ici encore, les résultats n'ont pas permis de dégager une influence directe. Selon Dubé (1992), l'exposition au plomb ne serait pas une cause directe de l'hyperactivité et ses effets ne seraient pas spécifiques. Enfin, ont été considérées à titre de facteurs possibles l'influence de la consommation d'alcool et l'habitude de fumer de la mère pendant la grossesse. Les données disponibles suggèrent que plus souvent que les mères d'enfant non hyperactif, les mères d'enfant hyperactif ont fumé pendant la grossesse, ce qui peut avoir créé une lésion "anoxique", pour utiliser l'expression de Barkley (1990). La consommation excessive d'alcool durant la grossesse pourrait aussi entraîner des problèmes d'hyperactivité et d'apprentissage chez l'enfant (Dubé, 1992).

Les résultats des recherches conduites sur l'effet des facteurs toxiques de l'environnement incitent à la prudence. Les effets du plomb, de l'alcool et de la fumée de cigarette durant la grossesse peuvent se combiner à celui des problèmes psychosociaux et influencer sur le comportement de l'enfant (Gold & Sherry, 1984). Mais l'influence de ces facteurs peut aussi être marginale (Du Paul & Stoner, 1994).

Les études portant sur l'effet spécifique des facteurs psychosociaux sont peu nombreuses. Peu nombreuses également sont les hypothèses qui ont été mises de l'avant et celles qui l'ont été n'ont pas été vraiment confirmées (Barkley, 1990). Des chercheurs ont suggéré que les facteurs environnementaux ne sont pas la cause de l'hyperactivité mais qu'ils en favorisent l'expression et le degré de sévérité (Barkley, 1990; Dubé, 1992). Les études réalisées dans cette direction ont porté sur certains aspects des relations entre l'enfant hyperactif et ses parents, aspects tels que la surstimulation de l'enfant en bas âge (Jacobvitz & Srouffe, 1987), les interactions qui se déroulent dans un climat coercitif (Dubé, 1992) et le stress familial (Du Paul & Stoner, 1994).

Au cours des dernières années, l'idée d'une influence pluri-factorielle a été avancée. Cette vision propose de prendre en considération le jeu combiné des facteurs biologiques et environnementaux. Cette position est étayée par le fait que la contribution des facteurs organiques semble possible dans plusieurs cas mais elle ne paraît pouvoir exclure en aucun cas l'influence d'éléments environnementaux. De

façon complémentaire à ce point de vue, on admet qu'un enfant ayant un trouble affectif ou vivant une désorganisation psychosociale peut manifester des comportements hyperactifs, surtout s'il est susceptible d'exprimer son malaise par les comportements (Dubé, 1992, Thiffault, 1982).

### 1.2. L'environnement familial et l'hyperactivité

Les sujets diagnostiquées hyperactifs ont manifesté dans leur enfance plusieurs problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux. Y a-t-il là un ensemble d'indices permettant de croire à l'influence particulière du milieu dans la genèse des difficultés de l'enfant ? De façon plus spécifique encore, peut-on isoler des facteurs familiaux qui pourraient rendre compte du fait que l'enfant devienne hyperactif ou hyperactif agressif? Si l'on examine les données disponibles, il semble que les liens entre l'environnement familial et l'enfant hyperactif ont surtout été étudiés en tenant compte des facteurs familiaux éventuellement problématiques, c'est-à-dire l'interaction parent-enfant et les stratégies éducatives familiales. Examinons ce qui se relie à l'importance de chacun de ces types de facteurs.

#### 1.2.1 Les facteurs familiaux

Le statut socio-économique, le climat émotionnel et l'histoire psychiatrique de la famille constituent les caractéristiques familiales mises à l'étude. Qu'en est-il de

l'influence du statut socio-économique? Selon l'étude de Paternite, Loney et Langhorne (1976), l'incidence de symptômes primaires de l'hyperactivité ne diffère pas, quel que soit le niveau du statut socio-économique; il semble en aller autrement pour trois symptômes secondaires. Les enfants provenant d'une famille à statut socio-économique faible manifestent, selon un degré de sévérité plus élevé, de l'agressivité, un déficit dans le contrôle de soi et une estime de soi faible. Selon les mêmes auteurs, l'influence du statut socio-économique semble jouer sur le style parental des familles où se trouve un enfant hyperactif. Les chercheurs concluent que le statut socio-économique et le style parental peuvent être reliés à l'hyperactivité d'une façon significative. Szatmari et al. (1989) produisent des résultats qui vont dans la même direction: il semble que le taux d'hyperactivité varierait considérablement à travers la grande région d'Ottawa et de Hull, les régions plus pauvres montrant une fréquence plus élevée du désordre. D'autres chercheurs, Weiss et Hechtman (1986), estiment que le statut socio-économique peut influencer des variables telles que la psychopathologie parentale, la qualité des relations parent-enfant et l'accessibilité à des ressources appropriées. Il faut toutefois mentionner que Loney, Kramer et Milich (1981) ont obtenu des résultats qui démontrent que le statut socio-économique ne constitue un prédicteur de l'hyperactivité à l'adolescence que s'il s'associe à d'autres facteurs tels que le type de localité (urbaine/rurale) et le nombre d'enfants dans la famille.

Les tensions familiales semblent très présentes dans une famille où se retrouve un enfant hyperactif. Le climat émotionnel y paraît significativement plus négatif entre les membres comparativement à celui d'une famille qui ne comporte pas d'enfant hyperactif (Weiss & Hechtman, 1986). Dans cet ordre d'idée, Paternite et Loney (1980) suggère qu'un taux élevé de conflits entre parent et enfant est le meilleur prédicteur familial pour l'orientation agressive de l'enfant hyperactif.

Les relations des parents d'enfant hyperactif semblent plus fréquemment conflictuelles (Befera & Barkley, 1985; Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Weiss & Hechtman, 1986) que celles de parents d'enfants au comportement banal. Cette relation est cependant contestée. Ainsi, Barkley, Du Paul et Mc Murray (1990), de même que Mash et Johnston (1983c), estiment que la fréquence surélevée de conflits conjugaux pourrait être expliquée par la difficulté d'assumer l'éducation de l'enfant hyperactif et la gestion de ses troubles comportementaux (Barkley, Fisher, Edelbrock & Smallish, 1990). Cette position semble d'ailleurs confirmée par les travaux de Brown et Pacini (1989) qui démontrent que les parents d'un enfant hyperactif sont plus souvent séparés ou divorcés que ceux constituant le groupe contrôle.

Cette idée de la difficulté que peut représenter pour les parents la présence et l'éducation d'un enfant hyperactif se retrouve également dans les travaux sur le stress parental. Les données disponibles démontrent que les familles ayant un enfant

hyperactif présentent un taux élevé de stress quand on les compare aux familles où se retrouvent des enfants sans manifestation d'hyperactivité (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & Du Paul, 1992; Breen & Barkley, 1988; Gilberg, Carlstrom & Rasmussen, 1983; Mash & Johnston, 1983a). Le stress semble plus important pour les mères (Breen & Barkley, 1988) et plus particulièrement pour celles qui ont un jeune enfant hyperactif (Mash & Johnston, 1983c). Ces derniers auteurs suggèrent qu'une faible estime de soi et le stress chez ces mères sont probablement dus aux difficultés de l'enfant hyperactif. Ces mêmes facteurs semblent influencer en retour la relation parent-enfant dans le sens d'une aggravation des symptômes chez l'enfant et d'une perception plus négative des difficultés par le parent.

Comme on peut le constater, il n'est pas simple de distinguer ce qui est de l'ordre de la cause et ce qui est de l'ordre de l'effet dans ce qui caractérise les familles d'enfant hyperactif. Il y a entre l'enfant et ses parents une interaction qui rend particulièrement difficile la tâche de distinguer ce qui va dans un sens de ce qui va dans l'autre sens. Que l'enfant hyperactif soit une source de tension, de stress, de dysfonctionnement pour sa famille et particulièrement pour ses parents, bon nombre de résultats permettent de le croire. Mais l'inverse est tout aussi vrai: une pléiade de travaux permettent d'entrevoir le rôle du milieu familial dans la genèse de ce trouble comportemental.

Il semble tout d'abord que la famille de l'enfant hyperactif puisse être plus

encline à des désordres psychologiques. Les résultats obtenus par Befera et Barkley (1985) et par Brown et Pacini (1989) démontrent que les membres de la famille élargie de l'enfant hyperactif ont deux fois plus souvent des désordres psychiatriques que les membres de la famille de l'enfant au comportement banal. Ces données vont dans le sens de ceux de Weiss et Hechtman (1986), qui démontrent que les parents d'hyperactifs semblent avoir plus de problèmes de santé mentale que ceux du groupe contrôle.

Des études ont par ailleurs démontré que les parents qui ont un enfant hyperactif ont plus souvent été hyperactifs dans leur enfance que les parents d'enfants au comportement banal (Brown & Pacini, 1989; Morrison & Stewart, 1971). Morrison et Stewart (1973) suggèrent que 5% des mères et 15% des pères ont déclaré avoir eu ce problème, comparativement à 2% des parents du groupe contrôle. Schachar et Wachsmuth (1990) produisent des résultats qui vont dans le même sens, encore que les parents d'hyperactif soient ici comparés à des parents d'enfants "normaux" ou ayant un désordre émotionnel. D'autres études (Alberts-Corush, Firestone & Goodman, 1986; Signer, Stewart & Pulaski, 1981) font voir que les parents biologiques d'un enfant hyperactif ont aussi des symptômes d'hyperactivité, tout au moins des caractéristiques résiduelles. Cette parenté symptomatique semble aussi pouvoir s'établir avec les proches de la famille de l'enfant hyperactif avec ou sans trouble de conduite: selon Brown et Pacini (1989), ces proches ont un plus haut



taux d'hyperactivité que les proches du groupe contrôle.

Une autre pathologie particulièrement fréquente dans la famille de l'enfant hyperactif est la dépression. Les résultats obtenus par Biederman, Munir et Knee (1987) et ceux de Biederman, Faraone, Keenan, Knee et Tsuang (1990) démontrent une prévalence élevée de ce désordre affectif chez les parents et dans la fratrie des enfants hyperactifs: il y aurait de 27 à 32% de dépressifs chez les membres de la famille de l'hyperactif contre 6% chez les membres de la famille d'enfant à la conduite banale. Selon Brown et Pacini (1989), les pères et les mères d'enfant hyperactif sont plus dépressifs. Befera et Barkley (1985) soutiennent de leur côté que, d'après leurs données, les mères d'enfant hyperactif semblent être plus dépressives que les mères d'enfant non hyperactif.

L'étude de Cunningham, Beness et Siegel (1988) démontre que les parents d'hyperactif consomment plus d'alcool que les parents d'enfant sans problème, même s'ils n'en abusent pas. Cependant, Cantwell (1975) affirme que les familles d'enfant hyperactif ont une plus grande prévalence de père et de mère alcoolique. En égard à l'alcoolisme parental, il est intéressant d'évoquer ici les travaux qui démontrent que les garçons issus de tels parents présentent une plus grande fréquence d'hyperactivité et de contrôle émotionnel faible (Lund & Landesman-Dwyer, 1979). Il faut également rappeler ici la position selon laquelle les mères qui consomment de l'alcool pendant la grossesse pourraient plus fréquemment se retrouver avec un enfant

hyperactif (Dubé, 1992). Quoi qu'il en soit, il faut mentionner que des données d'interview d'enfants ayant un parent alcoolique laissent voir que l'hyperactivité n'est pas la seule caractéristique problématique de ces enfants (Knorrning, 1991).

Pour compléter notre étude des aspects problématiques typiquement familiaux de l'environnement des enfants hyperactifs, il importe de jeter un bref coup d'oeil sur les données qui se rapportent autant aux parents qu'aux membres de la fratrie. Stewart, Cummings, Signer et de Blois (1981) ont trouvé un taux d'incidence plus élevé du désordre antisocial chez les membres masculins de la famille de l'enfant hyperactif. Les problèmes de conduite et de comportement antisocial se rencontreraient chez environ 25 % à 28 % de ces membres (Cantwell, 1972; Morrison, 1980; Morrison & Stewart, 1971, Morrison & Stewart, 1973; Singer & al. 1981). August et Stewart (1983) suggèrent que l'incidence de problèmes de conduite et d'antisociabilité chez l'enfant hyperactif s'associe à l'incidence élevée de comportements antisociaux et d'alcoolisme chez les membres de la famille. Une recherche faite par Biederman, Munir et Knee (1987) avance des résultats qui suggèrent que 46% des membres de la famille de l'enfant hyperactif agressif manifesteraient un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble de la conduite ou une personnalité antisociale, en comparaison de 13% chez les membres de la famille de l'enfant seulement hyperactif.

Lahey et ses collaborateurs (1988) estiment de leur côté qu'il y a une relation

linéaire entre la sévérité de l'agressivité et les comportements oppositionnels chez l'enfant hyperactif et le degré de comportement antisocial, alcoolique et des désordres affectifs chez les parents et autres membres de la famille. Ainsi, les enfants qui ont des parents, frères ou soeurs exempts de désordre psychiatrique n'ont que peu de comportements déviants; ils tendent cependant à manifester plus souvent des difficultés de type cognitif (August & Stewart, 1983; Lahey & al., 1988).

#### 1.2.2 Les interactions entre parents et enfant hyperactif

Une interaction entre personnes se compose d'actions ou d'échanges et est de nature à influencer le comportement de chacune de ces personnes. L'interaction parent-enfant constitue l'expérience la plus importante dans le développement de l'enfant. Une perturbation de cette relation engendre une multitude de problèmes pouvant se manifester de diverses façons dans l'enfance et même dans la vie adulte (Bourassa, Couture, Cyr & Malenfant, 1986). Des recherches sur les interactions du parent et de l'enfant hyperactif ont tenté d'en comprendre la genèse en tenant compte de diverses variables: groupe d'appartenance, âge, sexe et présence d'une médication psychostimulante.

Les recherches sur l'interaction parent-enfant hyperactif ont principalement portées sur l'interaction mère-enfant peut-être parce que, comme l'estime Barkley (1985), les problèmes d'interaction de l'hyperactif surviennent plus fréquemment avec

la mère. Dans l'une des premières études de ce type, Battle et Lacey (1972) ont comparé la dyade mère-enfant sur-réactif à une dyade mère-enfant sans problème. Les mères de garçon sur-réactif sont décrites comme plus critiques, réprobatrices et donnant des punitions plus sévères; de plus, ces mères semblent démontrer peu d'affection et d'attitude protectrice pour leur enfant. Les garçons sur-réactifs quant à eux étaient agités, sans inhibition, sans contrôle, moins obéissants et exigeaient plus d'attention de la part de la mère que les enfants du groupe contrôle.

Cunningham et Barkley (1979) ont eu l'idée d'observer les deux types de dyades dans les deux situations: tâche imposée et jeux libres. Les auteurs ont observé que les garçons hyperactifs ont mis en route le même nombre d'interactions que les garçons sans problème; toutefois, les mères d'hyperactif semblent avoir provoqué moins d'interactions avec leur garçon et elles ont moins souvent répondu aux interactions mises en route par l'enfant que les mères de garçon non hyperactif. Les mères d'hyperactif paraissaient moins encourageantes et plus contrôlantes dans le jeu de leur fils; elles trouvaient que la situation de jeu libre était moins favorable, estimant que leur garçon avait besoin de contrôle. En situation de tâches imposées, les mères d'hyperactif donnaient plus d'ordres, moins d'encouragements, accordaient moins d'attention positive à l'obéissance; elles interagissaient moins avec leur enfant que les mères du groupe contrôle. Dans ce même type de tâche, les garçons hyperactifs étaient moins souvent obéissants et quand ils l'étaient, ils maintenaient

cette attitude pendant des intervalles moins longs que les garçons du groupe contrôle. Selon Barkley (1985), les observations cliniques semblent suggérer que les mères d'hyperactif réagissent aux comportements actifs et dérangeants de leur garçon, en répétant les commandes, en donnant plus de conseils et en essayant de garder l'enfant concentré sur la tâche.

Mash et Johnston (1981, cités dans Weiss & Hechtman, 1986) ont de leur côté comparé trois types d'interactions: celles entre la mère et l'enfant hyperactif, celles entre la mère et un membre de la fratrie d'un enfant hyperactif et celles entre la mère et l'enfant sans problème. Les résultats ont démontré que les hyperactifs et leur frère ou soeur ont plus de conflits sociaux et un taux élevé de comportements négatifs durant le jeu. Les mères d'hyperactif étaient moins à l'écoute, interactives, encourageantes et plus négatives que les mères de non-hyperactif et ce, même dans les interactions avec un frère ou une soeur de l'enfant hyperactif. Taver-Behring, Barkley et Karlsson (1985) ont voulu étudier de plus près les interactions de la mère avec son enfant hyperactif en les comparant à celles qu'elle réalisait avec un autre garçon non hyperactif. Les résultats qu'ils ont obtenus indiquent qu'il y avait quelques différences entre les interactions avec le garçon hyperactif et celles avec son frère. Les mères ne donnaient pas plus d'ordres à l'enfant hyperactif qu'au frère mais elles recevaient moins positivement l'obéissance du garçon hyperactif en comparaison de celle de son frère.

Les interactions de la dyade mère-enfant hyperactif ont été aussi comparées par Campbell (1973) à celles des dyades constituées des mères d'enfant réfléchi et celles de mères d'enfant impulsif. Les mères d'hyperactif donnent plus d'aide directe, d'encouragement et de suggestions pour le contrôle de l'impulsivité durant les tâches imposées que les autres mères. En outre, les enfants hyperactifs et leur mère interagissent plus fréquemment que les dyades des autres groupes. Ce même auteur (1975) a poursuivi ses travaux en comparant les interactions des mères et de leur enfant hyperactif à celles de deux autres types de dyades: d'une part, des mères et leur enfant aux prises avec des difficultés d'apprentissage et, d'autre part, des mères et leur enfant sans problème particulier; la situation comportait la réalisation de deux tâches. Les mères d'hyperactif donnaient plus de suggestions non spécifiques, d'encouragements, de désapprobations et de suggestions visant le contrôle de l'impulsivité que celles provenant des autres groupes. Campbell concluait que les mères d'hyperactif donnent un encadrement plus serré et prodiguent plus de conseils puisque leur enfant a une approche déficiente dans la résolution de problèmes. Il y aurait là des indices très probants de l'existence d'une sorte d'adaptation de la mère à l'hyperactivité de son fils.

Les autres études réalisées sur les différences dans les interactions mère-enfant hyperactif confirment-elles cette tendance? Selon Barkley, Karlsson, Pollard et Murphy (1985), les interactions seraient différentes selon l'âge de l'enfant hyperactif.

Les jeunes enfants hyperactifs auraient plus de conflits dans l'interaction mère-enfant que les enfants hyperactifs plus vieux et les enfants sans problème particulier. Les interactions conflictuelles sont plus fréquentes principalement dans le groupe d'âge 4-5 ans (Mash & Johnston, 1982). Avec la maturation et l'atténuation des symptômes, le degré des conflits semble moins marqué (Barkley, 1990; Mash & Johnston, 1982). C'est ce que confirme l'étude de Mash et Johnston (1982) réalisée auprès d'enfants hyperactifs de 3-6 et 7-10 ans et comportant un groupe contrôle. Dans les jeux libres, lors de l'observation en laboratoire, les mères ayant un enfant hyperactif plus jeune étaient plus directives, plus négatives et répondaient moins à l'interaction mise en route par l'enfant que les mères d'hyperactif plus vieux et que les mères du groupe contrôle. Avec l'âge, le niveau des comportements négatifs des hyperactifs est moins élevé; ces enfants posent aussi moins de questions et jouent plus longtemps ou plus fréquemment, indépendamment de la mère. L'hyperactif plus âgé a plus d'interactions avec la mère tandis que l'enfant sans problème particulier en a moins. Dans une situation de tâche imposée, les différences entre les groupes sont similaires à ceux des jeux libres. Les résultats suggèrent qu'avec l'âge, l'hyperactif semble améliorer sa façon d'intervenir avec sa mère et celle-ci devient moins directrice et contrôlante.

Ces données de Mash et Johnston sont corroborées par ceux de Barkley, Karlsson, Stzelecki et Murphy (1984); ces chercheurs ont comparé trois groupes d'âge

sur la base de l'interaction mère-enfant hyperactif. Leurs résultats démontrent que les enfants hyperactifs plus âgés et ceux du groupe intermédiaire jouent de façon autonome plus souvent que les plus jeunes. Les mères des plus vieux interagissent beaucoup plus avec leur enfant, le questionnent moins et prennent plus de temps à observer son comportement que les mères d'enfant plus jeune ne le font. Les enfants plus âgés étaient plus obéissants et étaient plus centrés sur la tâche que les moins âgés. Les mêmes chercheurs concluent que l'interaction parent-enfant hyperactif s'améliore avec l'âge, surtout en ce qui concerne l'obéissance aux demandes. Dans une recherche ultérieure, Barkley, Karlsson et Pollard (1985) ont étudié cinq niveaux d'âge (entre 5 à 10 ans) sous l'angle des interactions avec leur mère et ce, comparativement à un groupe contrôle. Les résultats démontrent que la mère ayant un enfant hyperactif, quel que soit l'âge de celui-ci, interagit moins avec son enfant, donne plus d'ordres et réagit au jeu de l'enfant avec une attitude plus contrôlante et de façon plus directive que les mères d'enfant non hyperactif. D'autres recherches (Barkley, 1988; Danforth, Barkley & Strokes, 1991) ont également mis en relief des caractéristiques spécifiques liées à l'âge: ainsi, si l'enfant normal et l'enfant hyperactif tendent avec l'âge à adopter une attitude similaire durant la tâche, l'enfant hyperactif reste significativement plus déviant de l'enfant normal dans l'interaction parent-enfant.

Peu nombreuses sont les études qui ont comparé l'interaction des mères et celle



des pères avec leur enfant hyperactif. Tallmadge et Barkley (1983) se sont intéressés à ce sujet. Ils ont notamment découvert qu'une demande faite par le père semble être plus facilement accomplie par l'enfant hyperactif que si elle a été faite par la mère. Si les demandes maternelles soulèvent plus d'opposition chez l'enfant hyperactif que chez l'enfant sans problème particulier, les demandes paternelles semblent reçues essentiellement de la même manière chez l'un et l'autre type d'enfants. Sobol, Ashbourne, Earn et Cunningham (1989) estiment que cette différence pourrait être associée à la manière de vivre ou de comprendre le rôle parental, ce qui tend à confirmer le fait que l'explication du comportement difficile de l'enfant ne paraît pas être la même pour l'un et l'autre parent, les mères étant plus portées que les pères à faire appel à des facteurs extérieurs à soi (par exemple: distraction par le milieu).

Nous avons mis en lumière que les principales études sur les interactions parent-enfant hyperactif ont été faites avec la mère et le garçon. Pourtant, des chercheurs se sont intéressés aux différences et similitudes possibles entre les interactions des garçons et des filles hyperactives avec leur mère. Le sexe de l'enfant semble n'avoir que peu d'effet sur les interactions: les hyperactifs garçons et filles ont des interactions similaires avec leur mère et ils diffèrent significativement des jeunes de leur âge qui n'ont pas de problème particulier (Barkley, 1989; Befera & Barkley, 1985; Breen & Barkley, 1988). Des différences ont toutefois été constatées dans les attitudes des mères: la mère du garçon hyperactif a une attitude plus encourageante

(Barkley, 1989; Befera & Barkley, 1985) mais elle a également tendance à contrôler davantage (Barkley, 1989).

L'interaction parent-enfant est-elle influencée par une médication psychostimulante? La question se pose d'autant plus que le méthylphénidate (Ritalin) semble augmenter l'attention de l'enfant et pourrait réduire l'impulsivité (Douglas, 1972; Gittelman & al., 1980), donc atténuer les comportements qui ne sont pas associés à une tâche demandée. Il semble bien établi que, dans ces conditions, les mères atténuent leurs attitudes de commandement, de désapprobation et leurs réactions négatives (Barkley, 1985; 1988; 1990; Barkley, Karlsson, Pollard & Murphy, 1985; Danforth, Barkley & Strokes, 1991). Selon Swanson et Kinsbourne (1978), la mère et l'enfant ont augmenté le nombre d'encouragements et diminué le nombre de critiques faites l'un à l'autre durant la tâche imposée, quand l'enfant hyperactif était sous médication. Dans les jeux libres, la médication semble avoir moins d'effets sur l'interaction (Barkley & Cunningham, 1979; Barkley & al., 1985). Ces résultats ont étayé l'hypothèse que les demandes, critiques et attitudes contrôlantes utilisées par la mère pour encadrer son enfant constituent plus une réaction aux difficultés de l'enfant que la cause de ces comportements (Barkley, 1985; 1988; 1990; Weiss & Hechtman, 1986). Toutefois, comme le souligne Campbell (1990), un changement dans les attitudes de la mère quand l'enfant est sous médication n'élimine pas la possibilité que certains comportements déviants de l'enfant, quand il n'est pas médicamenté, peuvent

avoir été modelés par une coercition parentale lors des premières interactions.

La très grande majorité des études portant sur l'interaction parent-enfant hyperactif ont comporté des séances d'observation en laboratoire dans deux situations différentes, l'une comportant des jeux libres et l'autre, des tâches imposées. La cueillette de données de ces études porte sur des interactions parent-enfant observées dans un environnement artificiel, ce qui amène un plus grand contrôle sur l'environnement. Ces interactions ne sont pas automatiquement similaires aux interactions parent-enfant survenant à la maison ou dans d'autres contextes (Barkley, 1985; Hess, 1981). De plus, Hess (1981) suggère que les conditions artificielles de la situation en laboratoire entraînent une diminution des émotions positives pour les personnes de la famille engagées dans ces interactions. Sans être foncièrement différentes de celles qui surviennent dans le cours naturel de la vie familiale, les interactions en laboratoire comportent vraisemblablement des caractéristiques (sentiment d'être observé, volonté de faire le mieux possible, de faire en sorte que l'enfant performe le mieux possible, etc.) qui peuvent accentuer, voire déformer, de manière sensible les tendances comportementales naturelles tant chez le parent que chez l'enfant. C'est ce qui a insisté certains chercheurs à s'intéresser au style parental adopté dans la vie de tous les jours, dans un effort pour cerner de manière plus objective la réalité des interactions parent-enfant hyperactif.

### 1.3. Le style parental

Les exigences éducatives ou disciplinaires sont la source d'interventions dans l'interaction parent-enfant. Ces interventions se font selon un certain style; elles traduisent une certaine attitude. Les attitudes du parent dans l'ensemble des pratiques éducatives prônées et actualisées définissent le style parental utilisé avec son ou ses enfants (Doucet, 1993). Avant de mettre en lien l'hyperactivité et les attitudes parentales, une étude plus poussée du style parental s'impose.

La psychologue et chercheuse américaine Diana Baumrind a proposé une manière de classer les styles parentaux qui peuvent se rencontrer dans une famille (Baumrind, 1967; 1971). En étudiant les attitudes parentales, elle a émis l'hypothèse qu'il existe deux dimensions essentielles et complémentaires dans le style parental: il y a, d'une part, la capacité parentale de satisfaire les besoins de l'enfant d'une manière accueillante et supportante et il y a, d'autre part, les attentes et demandes parentales exigées en vue d'obtenir de l'enfant des comportements matures et responsables (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin ,1983).

Baumrind a développé un modèle classificatoire des styles parentaux possibles; elle a répertorié trois styles différents: le style autoritaire, le style permissif et le style démocratique-égalitaire. Ces styles parentaux font référence à la dimension disciplinaire de l'éducation de l'enfant (Doucet, 1993).

Le style *autoritaire* se traduit par un fonctionnement strict à l'intérieur duquel le parent décide des règles pour toute la famille et utilise ces règles comme critères absolus pour évaluer les comportements et attitudes de son enfant. Le parent pose des exigences élevées à son enfant mais donne cependant une réponse faible à ses besoins. Si l'enfant ne se conforme pas aux règles ou aux demandes, le parent a tendance à le punir sévèrement, utilisant même la force physique dans le but de faire plier la volonté de l'enfant à la sienne. Les parents de ce style exercent un contrôle coercitif sur leur enfant et cherchent à garder celui-ci dans un statut de subordonné ainsi qu'à restreindre son autonomie (Baumrind, 1967; 1971).

Les enfants dont l'un des parents a un style autoritaire semblent être dépendants, méfiants et renfermés sur eux-mêmes. Ce sont des enfants qui prennent peu d'initiative, qui semblent peu créatifs et qui ont tendance à se laisser dominer plus facilement (Baumrind, 1967). Néanmoins, certains de ces enfants, plus particulièrement les garçons, peuvent être défiants et agressifs, en réaction à l'autoritarisme de leur(s) parent(s) (Baumrind, 1971).

Le parent au style *permissif* ne pose que de faibles exigences à son enfant. De plus, Baumrind suggère de considérer le style permissif comme constitué de deux sous-catégories: les permissifs-indulgents et les permissifs-indifférents.

Le parent du type permissif-indulgent établit peu de règles et évite d'imposer

des contrôles ou des restrictions sous prétexte de protéger l'intérêt de l'enfant. Il laisse celui-ci se diriger selon ses impulsions. En plus d'exiger peu de lui, il peut accepter que ces exigences ne soient pas respectées. En outre, il peut accepter de répondre aux besoins de l'enfant sans rien exiger en retour. Il s'agit d'un parent affectueux et généralement surprotecteur. N'utilisant la punition physique que très rarement, ce parent choisit plutôt de retirer son affection à l'enfant ou encore de le ridiculiser pour se faire obéir de lui. Enfin, ce style parental est spécialement caractérisé par le laisser-faire (Baumrind, 1971).

L'enfant qui a des parents permissifs-indulgents semble manquer de maturité; il contrôle peu ses impulsions et montre peu de confiance en lui-même. C'est donc dire que l'acceptation inconditionnelle de l'enfant par ses parents ne semble pas favoriser chez l'enfant le développement de la capacité d'affirmation, d'autonomie et du désir de se réaliser (Baumrind, 1967). L'enfant vivant avec des parents de ce type va aussi exprimer ouvertement son agressivité. Il apparaît comme un enfant gâté et incapable de tolérer des frustrations (Baumrind, 1971).

Le style permissif-indifférent se distingue du style permissif-indulgent par le manque d'intérêt et d'engagement du parent. Le parent ne pose pas de règle et de demande. Il est permissif comme le parent permissif-indulgent mais il ne s'intéresse pas à son enfant; autrement dit, il met une distance affective entre lui et l'enfant. Il n'est pas disponible à son enfant et ne s'en occupe que minimalement, de façon à

satisfaire ses besoins primaires et encore. Il semble inconsistant et extrémiste dans ses méthodes: il peut punir l'enfant avec violence à un moment donné et, à un autre moment, il peut ne pas intervenir du tout pour le même geste (Stouthamer-Lober, 1984).

L'éducation permissive-indifférente amène l'enfant à se comporter de façon impulsive, manifestant ainsi sa difficulté à tolérer la frustration. Dans ce contexte le développement de l'estime de soi est difficile (Thomas, Gecas, Weigert & Rooney, 1974; Loeb & Horts, 1980); il en va de même des habiletés sociales qui restent déficientes (Bousha & Twentyman, 1984). À l'adolescence, l'enfant d'une famille permissive-indifférente a plus de chance d'être délinquant et de développer un trouble de personnalité antisociale (Kinard, 1979).

Le parent qui a un style *démocratique-égalitaire* est un parent qui donne une réponse attentionnée aux besoins de son enfant mais pose à celui-ci des exigences élevées en retour. Il établit des règles de fonctionnement et il prend le temps d'expliquer les règles pour que l'enfant puisse les considérer légitimes. De même, avant d'établir une règle ou de prendre une décision, il peut consulter l'enfant. Les demandes sont fermes et précises, l'attention de l'enfant étant attirée sur les conséquences du choix d'y répondre ou non. Ce parent peut punir l'enfant quand il le juge nécessaire. La vie familiale est donc dirigée de manière démocratique, dans le respect de tous les membres de la famille. Le parent exerce un contrôle sur son

enfant, tout en restant ouvert à la réalité de celui-ci.

L'enfant vivant dans une famille de style démocratique-égalitaire manifeste plus de maturité et des compétences sociales supérieures. Il se montre également responsable, sûr de lui, créateur et curieux (Steinberg, 1989). Au niveau scolaire, les filles montrent plus d'autonomie et de confiance en soi; les garçons affichent à un degré supérieur le sens des responsabilités sociales, le sens de la coopération et le contrôle de soi (Baumrind, 1971). Ce type d'enfant démontre qu'il a un contrôle interne, une haute estime de soi et la capacité de tolérer la frustration (Loeb & al., 1980).

Des trois styles parentaux, le style démocratique-égalitaire est celui dont les interactions sont davantage adaptées à chaque stade de développement que traverse un enfant (Hill, 1980). Il faut mentionner toutefois qu'un style parental n'existe pas à l'état pur dans la réalité: ce qui s'observe est toujours composé de chacun des trois éléments encore qu'un style prédomine généralement sur les deux autres (Doucet, 1993).

### 1.3.1 Le style parental dans la famille de l'enfant hyperactif

Les études sur l'interaction parent-enfant hyperactif et celles sur les problèmes psychiatriques des parents ont soulevé des hypothèses sur le lien possible entre l'attitude de la mère dans l'éducation et le syndrome d'hyperactivité chez l'enfant.



Les études sur les différences possibles sur le plan du style parental entre les parents d'hyperactifs et les parents d'un groupe contrôle ont démontré que les mères adoptent un style négatif et contrôlant comparativement à des mères d'enfant à conduite banale (Battle & Lacey, 1972; Campbell, 1975; Mash & Johnston, 1982). Selon Hartsouth & Lambert (1982), les parents d'hyperactif semblent réaliser plus d'interactions centrées sur la discipline que les parents du groupe contrôle. Selon Brown et Pacini (1989) et Weiss et Hechtman (1986), il semble que ces parents ont plus fréquemment un style autoritaire. Ces données peuvent être reliées à celles fournies par Hartsouth et Lambert (1982) et par Minde, Weiss et Mendelson (1972); selon ces divers auteurs, le recours aux châtiments corporels est plus fréquent chez les parents ayant un enfant hyperactif que chez ceux d'un groupe contrôle.

Certains chercheurs se sont questionnés à savoir si le style parental de la mère pouvait être différent selon qu'il s'agisse d'un garçon hyperactif ou de son frère non hyperactif. Weerts Withmore, Kramer et Knutson (1993) ont produit des résultats démontrant qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'attitude maternelle à l'endroit de l'enfant hyperactif et celle à l'endroit de son frère; toutefois, les attitudes disciplinaires à l'endroit de l'un et de l'autre paraissent plus sévères que celles des parents d'un groupe contrôle.

Y a-t-il des différences dans les attitudes parentales selon qu'il s'agissent d'un enfant hyperactif ou d'un enfant hyperactif agressif? Des données disponibles tendent

à le faire croire, encore qu'aucune recherche n'ait encore tenté de l'établir en faisant usage du modèle classificatoire mis au point par Baumrind. Ainsi Paternite et Loney (1986) et Whaley-Kan, Blair-Broeker et Hacker (1976, cités dans Weiss & Hechtman, 1986) suggèrent qu'une attitude parentale autoritaire adoptée à l'endroit de l'enfant hyperactif paraît s'associer aux symptômes secondaires comme l'agressivité et la faible estime de soi chez l'enfant. Dans une publication à teneur clinique, Lewis (1992) constate de son côté que plusieurs parents ayant un enfant hyperactif adoptent une attitude rigide ou autoritaire quand les comportements de l'enfant sont défiants. Campbell, Mash, Pierce, Edwing et Szumowski (1991) estiment qu'une attitude de sur-contrôle et des comportements punitifs de la part des parents semblent augmenter le risque de comportements antisociaux futurs chez l'enfant hyperactif. Toutefois, l'étude de Weerts Withmore et ses collaborateurs (1993) n'a pu confirmer cette hypothèse: la dimension d'agressivité ne serait pas associée à l'incidence de punitions physiques chez l'enfant hyperactif selon les données de cette étude.

Peu de chercheurs se sont intéressés à vérifier les relations possibles entre la détresse psychologique du ou des parents et le style parental. Cependant, il semble, selon l'étude de Brown et Pacini (1989), que les parents dépressifs ayant un enfant hyperactif adoptent plus souvent un style parental coercitif ou rejetant. Si l'on en croit les données produites par Breen et Befera (1988) et par Mash et Johnston (1990), l'éducation d'un enfant hyperactif agressif pourrait être associée à des facteurs de

détresse parentale et de discorde, donc possiblement à un style parental autoritaire ou indifférent.

La diminution des symptômes de l'enfant hyperactif due à l'effet du méthylphénidate semblerait avoir un impact important sur les parents. Il importe de rappeler ici que le style négatif et contrôlant des parents diminuerait quand l'enfant est sous médication (Barkley, 1988; 1989; Barkley & al., 1985). Nous avons vu que ce changement d'attitude chez la mère étaye l'hypothèse que le style autoritaire de la mère ayant un enfant hyperactif serait probablement une réaction d'adaptation aux problèmes de comportement de l'enfant et non la cause de ceux-ci. Le changement d'attitude quand l'enfant est sous médication n'exclut pas la possibilité que les comportements de l'enfant, quand il n'est pas médicamenté, peuvent avoir été modelés par un style coercitif.

#### 1.4 La problématique et les hypothèses

La revue des écrits sur l'hyperactivité a fait apparaître la relative complexité de ce syndrome comportemental. Un consensus se dégage chez les chercheurs quant à la manière de classifier les symptômes constitutifs du syndrome en symptômes primaires (sur-activité, inattention et impulsivité) et en symptômes secondaires (principalement l'agressivité), la nécessité de tenir compte de la distinction hyperactifs simples et hyperactifs-agressifs paraissant actuellement assez bien établie. Des

divergences fondamentales apparaissent toutefois dès qu'il s'agit de l'étiologie du syndrome. Les causes biologiques sont, depuis le début des études sur ce syndrome, vivement soutenues; mais de plus en plus de professionnels dans le domaine délaissent cette perspective étiologique unitaire au profit d'une étiologie pluri-factorielle faisant notamment place à des causes biologiques et psychofamiliales. Pour l'heure, il apparaît extrêmement difficile d'établir la part de l'inné et celle de l'acquis dans la genèse de ce syndrome. Sans doute est-ce là ce qui explique la vogue de l'hypothèse bi- ou pluri- factorielle. C'est également ce qui, pour une large part, rend compte de la vogue des études corrélatives sur la question, études qui tentent de cerner la nature du vécu intra-familial de ce type d'enfants. Dans ce contexte, l'effort des chercheurs s'est porté sur l'étude des interactions parents-enfant hyperactif et tout particulièrement sur celle des interactions mères-enfant hyperactif. Il faut noter que la très grande majorité de ces travaux ont été réalisés en faisant interagir mères et enfant dans des situations imposées (en laboratoire d'observation), situations dont le caractère quelque peu artificiel et possiblement biaisé n'a pas manqué d'apparaître à la critique. Dans le prolongement de ces travaux et de leurs critiques, des chercheurs se sont mis sur la voie de cerner les attitudes parentales (essentiellement maternelles) le plus près possible de leur expression spontanée dans le milieu familial. Ces études ont permis de dégager des résultats suffisamment intéressants pour être poursuivis.

Dans le sillage des travaux sur les interactions en milieu naturel des dyades

parent-enfant hyperactif et des dyades parent-enfant hyperactif agressif, l'utilisation du modèle de Baumrind nous apparaît prometteuse en vertu de la précision des attitudes que sa classification rend possible. En conformité avec la tradition des recherches sur les interactions familiales de l'enfant hyperactif, il nous paraît pertinent d'appliquer ce modèle à la mère, considérant que celle-ci est le pôle familial principal des interactions avec l'enfant.

En conséquence, tenant compte des variantes entre l'hyperactivité et l'hyperactivité-agressivité, ainsi que des caractéristiques particulières des divers styles parentaux tels que les a décrits Baumrind, nous nous proposons de vérifier les hypothèses suivantes:

H1: Les mères d'enfant hyperactif seront, sur le plan des attitudes, significativement plus de style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant sans trouble de comportement.

H2: Les mères d'enfant hyperactif simplement seront, sur le plan des attitudes, significativement plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant hyperactif agressif.

H3: Les mères d'enfant hyperactif agressif seront, sur le plan des attitudes, significativement plus du style rejetant-hostile que les mères d'enfant simplement hyperactif.

## Méthode

Dans ce chapitre seront décrits les éléments méthodologiques utilisés dans cette étude. Les sujets constitutifs de l'échantillon, les instruments de mesure et le déroulement de l'expérimentation y sont successivement présentés.

## 2.1 Les sujets

L'échantillon de cette recherche est constitué de mères provenant de la grande région de Trois-Rivières. Le recrutement des mères qui ont un enfant hyperactif a été fait par l'entremise de la direction des écoles St-Eugène, Sacré-Coeur, Du-boisé-des Pins, St-Maurice, Notre-Dame-de-la-Confiance, Blanche-de-Castille et Jacques-Buteux de la commission scolaire Samuel-de-Champlain, ainsi que par l'entremise de l'organisme PANDA Mauricie (organisme pour les parents ayant un ou des enfant(s) diagnostiqué(s) hyperactif(s) ou ayant un déficit d'attention). Le recrutement des mères du groupe contrôle s'est fait par l'intermédiaire de la direction et des professeurs de l'école Jacques-Buteux. Toutes les personnes qui ont collaboré à cette étude l'ont fait sur une base volontaire.

Cinquante-huit mères ont pris part à cette recherche et elles ont été réparties en trois groupes, selon le type d'enfant qu'elles avaient: 17 mères ont un enfant hyperactif, 21 mères ont un enfant hyperactif agressif et 20 mères ont un enfant sans trouble de comportement. L'âge des mères varie entre 24 et 48 ans pour une

moyenne de 34.25 ans ( $\text{é.t.} = 5.08$ ) chez les mères d'hyperactif, de 36.76 ans ( $\text{é.t.} = 4.38$ ) chez les mères d'hyperactif agressif et de 34.95 ans ( $\text{é.t.} = 4.21$ ) chez les mères du groupe contrôle. Aucune différence significative a été démontrée entre ces groupes ( $F(2, 53) = 1.56, n.s.$ ).

En ce qui concerne la répartition du statut familial selon les groupes, on retrouve, dans les familles du groupe d'hyperactifs, 9 biparentales, 3 monoparentales et 3 reconstituées; dans les familles du groupe d'hyperactifs agressifs, il y a 14 familles biparentales, 3 monoparentales et 4 reconstituées; dans les familles du groupe de comparaison, 19 sont biparentales, 1 monoparentale et 0 reconstituée. Il n'y a pas de différence significative dans la distribution du statut familial ( $\chi^2(4, N = 56) = 7.23, n.s.$ ). La distribution du revenu familial semble aussi être hétérogène ( $\chi^2(16, N = 54) = 24.35, n.s.$ ). Le nombre moyen d'enfants dans les familles est de 1.94 ( $\text{é.t.} = 0.90$ ) chez le groupe d'hyperactifs, de 2.04 ( $\text{é.t.} = 0.59$ ) chez le groupe d'hyperactifs agressifs et de 2.25 ( $\text{é.t.} = 0.72$ ) chez les familles du groupe de comparaison, aucune différence significative a été démontrée.

Les mères qui ont collaboré à l'étude ont un enfant qui est du niveau primaire à l'école (maternelle à la sixième année). La moyenne d'âge des enfants hyperactifs est de 8.52 ans ( $\text{é.t.} = 2.0$ ), de 9.29 ans ( $\text{é.t.} = 2.08$ ) pour les enfants hyperactifs agressifs et de 8.15 ans ( $\text{é.t.} = 2.18$ ) pour les enfants sans trouble de comportement.



Il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes au niveau de l'âge des enfants ( $F(2, 55) = 1.56$ , n.s.). La distribution selon le sexe des enfants est de 14 garçons et de 3 filles pour le groupe d'hyperactifs, de 18 garçons et de 3 filles pour le groupe d'hyperactifs agressifs et de 17 garçons et de 3 filles pour le groupe contrôle.

Au niveau de la médication au méthylphénidate (Ritalin) chez les enfants hyperactifs et hyperactifs agressifs, on retrouve une répartition dans le groupe d'hyperactifs de 15 enfants qui prennent la médication et de 2 enfants qui n'en prennent pas, tandis que dans le groupe d'hyperactifs agressifs, 19 enfants en prennent et 2 n'en prennent pas. Les enfants qui prennent cette médication le font en moyenne depuis 23.04 mois (é.t. = 17,81); la distribution varie entre 1 et 72 mois. Le contexte pour ceux qui prennent la médication se distribue comme ceci: 14 enfants prennent la médication pour l'école, 9 enfants la prennent pour l'école et la maison, 5 enfants la prennent pour l'école et à l'extérieur de la maison, 1 enfant la prend pour l'extérieur de la maison et à la maison, 3 enfants la prennent à l'école, à la maison et à l'extérieur de la maison.

Certains critères ont été utilisés pour pouvoir différencier les enfants hyperactifs, hyperactifs agressifs et les enfants sans trouble de comportement pour pouvoir exclure ceux qui ne répondent pas aux caractéristiques spécifiques de chaque groupe. En ce qui concerne les groupes de mères ayant un enfant hyperactif ou

hyperactif agressif, il était important de bien distinguer l'hyperactivité d'autres désordres et de distinguer les hyperactifs qui sont agressifs de ceux qui ne le sont pas.

Les critères d'inclusion dans les groupes d'hyperactifs de cette étude sont les suivants: il faut qu'un professionnel ait posé un diagnostic d'hyperactivité, que le résultat à l'échelle *impulsivité-hyperactivité* du questionnaire de Conners pour parent dans sa version révisée (CPRS-R) ait atteint ou dépassé le seuil de déviance; que le résultat à l'échelle *problème d'attention* du questionnaire Child Behavior Check List dans sa version révisée (CBCL-R) ait atteint ou dépassé le seuil de déviance. Pour spécifier si l'agressivité est ou n'est pas présente, il faut que, chez l'hyperactif, le résultat à l'échelle *comportement agressif* du questionnaire CBCL-R soit au dessus ou en dessous du seuil de déviance. Les enfants du groupe contrôle ne devaient avoir ni les critères d'hyperactivité et d'agressivité, ni d'autres désordres répertoriés sur les questionnaires CPRS-R et CBCL-R.

Les sujets qui ont été exclus l'ont été soit parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'hyperactivité, plus spécifiquement au seuil acceptable de l'échelle *problème d'attention* du CBCL-R (8 sujets), soit qu'ils y avaient trop de questions sans réponses au questionnaire Parental Attitude Research Instrument (2 sujets).

## 2.2 Les instruments de mesure

Le premier questionnaire est le questionnaire de renseignements généraux

contenant 15 items. Il permet de recueillir des informations sur l'âge de la mère, le statut de la famille, le nombre d'enfant, le sexe de l'enfant, son âge, l'incidence d'un diagnostic d'hyperactivité, le type de professionnel qui l'a posé, etc. Des questions spécifiques sur l'hyperactivité et la médication ont été posées: "Est-ce que l'enfant prend un médicament régulièrement? Si oui, lequel? À quelle fréquence? Quel est le contexte de la médication? Depuis combien de temps l'enfant prend-il la médication?".

Le deuxième questionnaire est la traduction française du Conners pour parent, version révisée (CPRS-R); il comporte 48 items sur le comportement de l'enfant de 4 à 17 ans. Le parent doit évaluer chaque item sur une échelle de type Likert selon quatre degrés; des valeurs de 0 (pas du tout) à 3 (énormément) sont attribuées pour une pondération des résultats. Le questionnaire est composé de cinq échelles de comportement: *difficulté de comportement*, *difficulté d'apprentissage*, *somatisation*, *impulsivité-hyperactivité*, *anxiété*. Le seuil de déviance pour chaque échelle est une moyenne de 1,5 et plus (Goyette, Conners & Ulrich, 1978); l'enfant doit au moins atteindre ce seuil à l'échelle *impulsivité-hyperactivité* pour être considéré comme hyperactif. La consigne donnée au parent est de coter les items en se basant sur les comportements que l'enfant a eus au cours de la dernière année.

Ce questionnaire est l'un des questionnaires le plus utilisé au niveau de la recherche et de la clinique dans le domaine de l'hyperactivité. Plusieurs recherches

ont été effectuées pour analyser la validité et la fidélité de ce questionnaire. En ce qui concerne la fidélité, l'analyse entre les évaluateurs démontre qu'il n'y a pas de différence significative dans l'évaluation faite par les pères et les mères (Barkley, 1990). La validité de construit du CPRS-R a été aussi analysée et vérifiée (Goyette, Conners & Ulrich, 1978). Comme l'indique Barkley (1990), le CPRS-R s'appuie sur le questionnaire original (CPRS) pour d'autres données concernant la fidélité et la validité externe puisque les deux versions sont similaires au niveau des items se rapportant à l'hyperactivité et au trouble de la conduite. Les résultats du CPRS démontrent que la fidélité test-retest est de .85 après un intervalle de deux mois. La capacité de l'instrument de discriminer les hyperactifs et les enfants normaux a également été vérifiée; de plus, la validité convergente a été vérifiée entre le CPRS et d'autres questionnaires qui mesurent la même réalité: le CBCL, le Behavior Problem Checklist et sa version révisée ainsi que le Davis Hyperkinesis Index.

Un autre questionnaire sur le comportement de l'enfant a été également utilisé dans cette étude, pour une meilleure discrimination des enfants hyperactifs et des enfants hyperactifs qui ont des comportements agressifs. Le Child Behavior Checklist version révisée (CBCL-R) (Achenbach, 1991) a été traduit et adapté en français par le groupe de recherche et d'étude de l'enfance et de la famille (GREDEF) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le CBCL-R comporte deux sections: l'échelle de compétence sociale et les échelles de problèmes comportementaux. Seules

les échelles de problèmes comportementaux ont été utilisées dans cette recherche. Cette partie du questionnaire contient 118 items avec une pondération, sur une échelle de type Likert, de 0 (pas vrai) à 2 (très vrai). Avec ces items, huit échelles ont été constituées: *retrait, somatisation, anxiété/dépression, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes d'attention, comportements délinquants et comportements agressifs*. La cotation des échelles est répartie selon des tranches d'âges (4-11 ans et 12-18 ans) et selon le sexe. Le seuil de déviance pour chaque échelle est au 95ième percentile et plus ( $T=67$ ); ce seuil est basé sur des données normatives recueillies par Achenbach (1991). L'échelle *problèmes d'attention* doit au moins atteindre ce seuil pour que l'enfant soit considéré comme hyperactif dans cette étude et il doit aussi avoir atteint ce seuil à l'échelle *comportement agressif* pour être considéré comme hyperactif agressif. La consigne donnée au parent est de coter les items en se basant sur les comportements de l'enfant au cours des six derniers mois.

Le CBCL est, selon Barkley (1990), le questionnaire le mieux développé pour l'évaluation avec des échelles pour des problèmes psychopathologiques chez l'enfant. Le coefficient de fidélité test-retest des échelles de problèmes comportementaux du CBCL-R (Achenbach, 1991) est de .89 à une semaine d'intervalle. Au niveau de la fidélité inter-juges, la similitude entre les réponses des pères et des mères varient de .65 à .75 selon les études. On retrouve aussi au niveau de la stabilité une consistance interne dans ce questionnaire, de même qu'une stabilité à long terme dans les scores

des mères (.71 à .74 selon les études). La validité convergente a été établie entre le CBCL-R et des questionnaires conçus pour des problématiques similaires ou apparentées: CPRS, Revised Behavior Problem Checklist et Quay-Peterson. La validité discriminante démontre aussi que ce questionnaire distingue les hyperactifs et les enfants "normaux" de même que les enfants référés cliniquement de ceux qui ne sont pas référés. La validité de construit semble bien établie pour ce questionnaire (Achenbach, 1991).

Des consignes spécifiques étaient données aux mères d'enfant hyperactif pour les deux questionnaires sur le comportement de l'enfant (CPRS-R et CBCL-R): elles devaient répondre aux questionnaires avec la perception qu'elles avaient de leur enfant et de ses comportements lorsqu'il n'est pas sous médication (psychostimulant).

Le questionnaire qui évalue les styles parentaux est le "Parental Attitude Research Instrument" (PARI) qui a été construit par Sheaffer et Bell (1958). Ce questionnaire a été traduit et adapté en français par des chercheurs des Universités Bishop (De Man) et de Sherbrooke (Balkou et Vobecky). La structure factorielle de la version française est similaire à la forme anglaise (De Man, Balkou & Vobecky, 1985). Le questionnaire comprend 115 items; ceux-ci portent sur des opinions générales et rationnelles, des banalités et des clichés sur les enfants et la famille. La mère doit évaluer chaque item selon ses opinions et ce, sur une échelle en 4 points de type Likert allant de "fortement d'accord" à "fortement en désaccord". Le PARI

permet l'utilisation de 23 échelles et de 3 facteurs. Les 3 facteurs déterminent les styles d'attitude parentale (contrôlant-autoritaire, hostile-rejetant et démocratique-égalitaire) que nous avons choisi d'utiliser dans la présente étude. Les consignes données aux mères étaient de bien lire les énoncés, d'évaluer selon leur opinion, de statuer sur chacun d'eux, même si un grand nombre d'énoncés semblent similaires et ce, pour faire ressortir de légères différences d'opinion.

La fidélité test-retest de ce questionnaire varie entre .52 et .81 (Schludermann, & Schludermann, 1979, cités dans Roy, 1994). La validité convergente a été établie entre le PARI et le "Edwards Personal Preference Schedule", l'échelle F du "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) et un test d'acceptation de soi; les corrélations varient de  $r = .51$  à  $r = .56$  (Zuckerman & Oltean, 1959). Selon Becker et Krug (1965), ces résultats supportent la validité de construit du PARI.

La variable indépendante dans cette étude corrélationnelle est le type d'enfant (hyperactif, hyperactif agressif, normal). La variable dépendante est le style d'attitude parentale (contrôlant-autoritaire, hostile-rejetant et démocratique-égalitaire); elle est mesurée par le questionnaire PARI. Il y a aussi deux variables qui ont été contrôlées par l'expérimentateur: le sexe du parent (mère) et le niveau scolaire de l'enfant (primaire).

### 2.3 Le déroulement de l'expérimentation

Un consentement a tout d'abord été obtenu du directeur des services éducatifs de la commission scolaire Samuel-de-Champlain, des directions d'école ainsi que de la présidente de l'organisme PANDA pour effectuer l'étude auprès des mères qui ont des enfants affiliés à ces établissements ou organisme.

Les mères des groupes hyperactif et hyperactif agressif ont été initialement contactées par téléphone pour savoir s'ils étaient intéressés à participer à une étude sur l'hyperactivité de l'enfant et sur l'attitude des parents. Celles qui ont accepté verbalement ont reçu à la maison une enveloppe contenant les questionnaires, une feuille d'instructions (voir Appendice) ainsi qu'un formulaire attestant du consentement à participer à la recherche (voir Appendice). Elles étaient rappelées par la suite pour savoir si elles avaient complété les questionnaires; si c'était le cas, une personne allait chercher l'enveloppe et si ce n'était pas le cas, une nouvelle date était fixée pour la récupération des questionnaires.

Les mères du groupe contrôle étaient contactées par les professeurs de l'école Jacques-Buteux pour savoir si elles étaient intéressées à participer à une recherche. Le consentement verbal étant obtenu, une enveloppe était envoyée à la maison par l'intermédiaire de l'enfant. L'enveloppe contenait un formulaire de consentement, une feuille d'instruction (voir Appendice), une feuille d'explication sur la recherche (voir Appendice) et les questionnaires.



## Présentation des résultats et discussion

Ce troisième chapitre présente les résultats de notre étude et l'analyse qui en est proposée; une discussion de ces résultats complète l'ensemble.

### 3.1 La présentation des résultats

Avant de procéder aux analyses statistiques, une réduction des données brutes s'est imposée pour les trois facteurs du questionnaire PARI. La composition des trois facteurs est déterminée par un regroupement d'items pour chaque facteur. Le score spécifique à chaque facteur résulte de la somme des items qu'il inclut.

Suite au recensement des écrits du contexte théorique, trois hypothèses sont ressorties. La première hypothèse émise suppose que les mères ayant un enfant hyperactif sont plus du style contrôlant-autoritaire que les mères ayant un enfant sans hyperactivité. Pour vérifier cette hypothèse, il a fallu regrouper les mères ayant un enfant hyperactif et les mères ayant un enfant hyperactif agressif. L'analyse utilisée pour comparer le groupe formé des mères d'hyperactif et des mères d'hyperactif agressif avec les mères du groupe contrôle sur le style d'attitude contrôlant-autoritaire est le test t.

L'hypothèse numéro un est confirmée puisque l'analyse démontre une différence significative entre les deux groupes ( $t(56) = 3.47, p < .001$ ). Le groupe de mères d'hyperactif s'avère être significativement plus du style contrôlant-autoritaire que le groupe contrôle (voir Tableau 1).

Tableau 1

Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mères d'Hyperactif et Contrôle en fonction du Style d'Attitude Parentale Contrôlant-Autoritaire ( $N=58$ )

variable	hyperactif (n=38)		contrôle (n=20)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
contrôlant-autoritaire	150.50	21.53	131.40	16.33	***

\*\*\*  $p < .001$

La deuxième hypothèse mise à l'étude suggérait que les mères d'enfant hyperactif sont plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant hyperactif agressif. Puisqu'il y a deux groupes, l'analyse des résultats comporte l'utilisation du test  $t$  (voir Tableau 2). Cette analyse démontre qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes sur la variable du style d'attitude contrôlant-autoritaire ( $t(36) = .50, n.s.$ ); c'est donc dire que le groupe des mères d'hyperactif et le groupe des mères d'hyperactif agressif affichent des performances à cette variable qui sont assez rapprochées.

Tableau 2

Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mères d'Hyperactif  
en fonction du Style d'Attitude Parentale Contrôlant-Autoritaire ( $N = 38$ )

variable	hyperactif (n=17)		hyperactif (n=21) -agressif		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
contrôlant- autoritaire	148.53	21.65	152.10	21.84	.62

L'hypothèse numéro trois suggérait que les mères d'enfant hyperactif agressif sont plus du style rejetant-hostile que les mères d'enfant simplement hyperactif (voir Tableau 3). Les résultats démontrent qu'il y a une différence statistiquement significative entre le groupe des mères d'hyperactif et le groupe de mères d'hyperactif agressif à cette variable ( $t(36) = 1.89, .05$ ); l'hypothèse numéro trois est donc confirmée. Les mères d'hyperactif agressif semblent significativement plus du style rejetant-hostile que les mères d'hyperactif.

Tableau 3

Moyennes et Écarts-Types pour les Groupes de Mères d'Hyperactif  
en fonction du Style d'Attitude Parental Rejetant-Hostile ( $N = 38$ )

variable	hyperactif (n=17)		hyperactif (n=21) -agressif		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
rejetant-hostile	76.06	11.57	83.14	11.45	.035

De manière à pouvoir dégager un tableau d'ensemble plus complet, des analyses ont été réalisées à titre complémentaire pour établir comment se situe chacun des groupes de mères aux diverses catégories du modèle de Baumrind. Des analyses de test  $t$  ont été faites pour les variables style d'attitude rejetant-hostile et égalitaire-démocratique avec le groupe des mères d'hyperactif avec et sans agressivité et le groupe contrôle. L'analyse des résultats portant sur la variable style rejetant-hostile démontre une différence significative entre les groupes: le groupe de mères d'hyperactif adopte plus le style rejetant-hostile que le groupe de mères d'enfant sans trouble de comportement ( $t(56) = 2.07, p < .05$ , voir Tableau 4).

Tableau 4

Moyennes et Écarts-Types pour les Deux Groupes en fonction des Styles d'Attitude Parentale Rejetant-Hostile et Démocratique-Égalitaire ( $N=58$ )

variables	hyperactif (n=38)		contrôle (n=20)		$t$
	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	
rejetant-hostile	79.97	11.89	73.15	12.01	*
démocratique- égalitaire	48.87	4.88	52.45	5.93	*

\* $p < .05$ .

Les résultats à la variable style démocratique-égalitaire démontrent aussi une différence statistiquement significative entre les deux groupes: le groupe de mères d'enfant sans trouble de comportement adopte plus le style démocratique-égalitaire que le groupe de mères d'hyperactif ( $t(56) = -2.46, p < .05$ , voir Tableau 4).

Une analyse de variance a été effectuée pour différencier les trois groupes sur chacun des styles (voir Tableau 5). Au niveau de la variable contrôlant-autoritaire ( $F(2,55) = 6,10, p < .01$ ), une étude comparative des moyennes (Scheffé) démontrent qu'il y a une différence significative entre le groupe des mères d'hyperactif et le groupe contrôle: le groupe de mères d'hyperactif adopte plus le style contrôlant-autoritaire que le groupe de mères d'enfant sans trouble de comportement. Une autre différence statistiquement significative ressort de la comparaison des moyennes entre le groupe de mères d'hyperactif agressif et celles du groupe contrôle: le premier groupe adopte plus le style contrôlant autoritaire que le second, celui des mères ayant un enfant sans trouble de comportement. L'étude comparative des moyennes dans l'analyse de variance sur le style rejetant hostile ( $F(2,55) = 3,96, p < .05$ ) démontre une seule différence statistiquement significative qui se retrouve entre le groupe des mères d'hyperactif agressif et celles du groupe contrôle: les mères du groupe d'hyperactif agressif adoptent plus le style rejetant-hostile que celles d'enfant sans trouble de comportement (voir tableau 5). Une analyse de variance entre les trois groupes a été aussi effectuée sur la variable définissant le style démocratique-égalitaire. Il y a une différence statistiquement significative entre les trois groupes ( $F(2,55) = 5.10, p < .01$ ). Une comparaison de moyenne selon la méthode de Scheffé indique une différence entre le groupe contrôle et le groupe de mères d'hyperactif simplement (voir Tableau 5): le groupe de mères ayant un enfant sans trouble de comportement est significativement plus du style démocratique-égalitaire que le groupe

de mères ayant un enfant hyperactif sans agressivité.

Tableau 5

Comparaison de Moyennes a Posteriori (Scheffé) pour les Trois Groupes  
en fonction des Styles d'Attitude Parentale ( $N = 58$ )

variable	hyperactif (n=17)		hyperactif- agressif (n=21)		contrôle (n=20)		$F(2,55)$
	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	
contrôlant- autoritaire	148,53 <sup>A</sup>	21.65	152.10 <sup>B</sup>	21.84	131.40 <sup>AB</sup>	16.33	**
rejetant- hostile	76.06	11.57	83.14 <sup>A</sup>	11.45	73.15 <sup>A</sup>	12.27	*
démocratique -égalitaire	47.06 <sup>A</sup>	5.17	50.33	4.12	50.10 <sup>A</sup>	5.92	**

*Note.* Les moyennes qui partagent les mêmes lettres en indice supérieur sont significativement différentes les unes des autres

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

### 3.2 La discussion

Cette recherche s'est donnée comme objectif de fournir un éclairage sur la nature des interactions mère-enfant hyperactif. Plus spécifiquement, la présente recherche s'intéresse aux styles d'attitudes parentales possibles dans cette population de mères selon le modèle de Baumrind, modèle qui divise les styles parentaux en trois grandes catégories: autoritaire, permissif (indulgent, indifférent) et démocratique-égalitaire. De plus, le groupe de mères d'enfant hyperactif est aussi étudié selon que l'agressivité soit associée ou non à l'hyperactivité de l'enfant.

La première hypothèse, qui compare les mères d'hyperactif avec ou sans agressivité et les mères du groupe contrôle, a été confirmée. Il en résulte que les mères d'hyperactif s'avèrent être plus du style contrôlant-autoritaire que les mères d'enfant sans trouble de comportement. Ce résultat corrobore ceux obtenus dans les études sur l'interaction mère-enfant. Ce résultat va dans le même sens que des études qui ont utilisé des questionnaires et interviews (Hartsouth & Lambert, 1981; Lewis, 1992): ces études ont démontré que les parents d'hyperactif avaient plus une discipline de contrôle rationnel-social, un style rigide et donnaient plus de punitions si on les comparait à des parents d'un groupe contrôle. Des études basées sur des observations en laboratoire suggèrent aussi que les mères d'enfant hyperactif ont un style parental directif (Cunningham & Barkley, 1979; Mash & Johnson, 1982; Barkley & al. , 1985; Taver-Behring & al., 1985).

Il est difficile de rendre compte de la tendance au style autoritaire chez les mères d'enfant hyperactif puisque le style parental est l'un des éléments faisant partie de l'interaction parent-enfant: si l'on admet qu'il y a une relation entre les deux caractéristiques (style autoritaire de la mère et hyperactivité), il paraît difficile d'établir laquelle est la cause et laquelle est l'effet. Certains chercheurs suggèrent que le style parental est une conséquence et non une cause de comportement de l'enfant (Cunningham & Barkley, 1979; Weiss & Hetchman, 1986). D'autres chercheurs adoptent une position réservée: des caractéristiques propres aux parents peuvent être



reliées au style adopté à l'endroit de l'enfant hyperactif; ainsi l'étude de Brown & Pacini (1989) démontre-t-elle que les parents d'hyperactif, qui étaient plus dépressifs adoptaient de façon significative plus fréquemment un style parental coercitif. On peut aussi faire l'hypothèse que le style parental qu'on adopte à titre de parent est fort rapproché de celui dont on a été l'objet au cours de son enfance. Quoi qu'il en soit, il peut être affirmé, à la manière de Baumrind, que le style autoritaire a un impact chez l'enfant. L'enfant qui vit un tel style d'autorité parentale semble démontrer moins de compétence sociale, de confiance en soi et peut réagir par la résistance et l'agressivité. Il est raisonnable d'affirmer que ce style pourrait accentuer les problèmes comportementaux et sociaux chez l'enfant hyperactif.

Les analyses ne permettent pas de confirmer la deuxième hypothèse qui proposait que les mères d'enfant hyperactif étaient plus du style contrôlant autoritaire que les mères d'enfant hyperactif agressif. Ce résultat concorde avec les résultats d'Anderson et al. (1994), de Marshall et al. (1990) et de Weerts Whitmore et al. (1993), résultats qui démontrent qu'il n'y a pas de différence entre les hyperactifs et les hyperactifs agressifs au niveau des comportements négatifs des parents et des punitions physiques données. Il ne faut cependant pas omettre de mentionner qu'une étude, celle de Lewis (1992), a proposé que les parents optent pour un style parental autoritaire surtout quand les enfants ont des comportements défiants.

L'absence de différence entre les mères d'hyperactif et mères d'hyperactif

agressif sur la variable autoritaire peut s'expliquer soit par le nombre trop restreint de mères dans chaque groupe (17 vs 21), soit par une véritable indifférenciation sur cette variable. Pourtant, Baumrind (1971) énonce que ce style peut amener une résistance, voire même de l'agressivité chez l'enfant. Même si une différence significative entre les deux types de mères n'a pu être dégagée, il faut dire que les mères d'hyperactif agressif tendent plus vers le style contrôlant que les mères d'hyperactif.

Notre troisième hypothèse qui stipulait que les mères d'hyperactif et les mères d'hyperactif agressif se différencieraient sur le style rejetant-hostile, a été confirmé. Ce résultat confirme la position suggérée par Loney (1987) ainsi que celle de Paternite et Loney (1980), auteurs qui affirment que le comportement agressif chez l'enfant hyperactif est clairement lié à l'hostilité dans l'interaction familiale. Par contre, ce résultat ne va pas dans le même sens que ceux de Johnson et Behrenz (1993) qui démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les types de stratégies utilisées par les parents ayant des hyperactifs selon qu'ils ont un haut ou un bas niveau d'agressivité.

Une différence statistiquement significative est aussi apparue dans les données concernant le style d'attitude rejetant-hostile entre les mères d'hyperactif agressif et les mères d'enfant sans trouble de comportement. Les mères d'hyperactif agressif semblent adopter de façon significative plus fréquemment le style hostile-rejetant que les mères d'enfant sans trouble de comportement. Si l'on regroupe les mères

d'hyperactif et les mères d'hyperactif agressif et si on les compare au groupe contrôle, on constate qu'une différence statistiquement significative se dégage: le regroupement des mères d'hyperactif semble significativement plus du style rejetant-hostile que le groupe de mères d'enfant sans problème de comportement. Cependant, à l'opposé ces résultats ci-haut, on ne voit pas de différence significative entre le groupe de mères d'hyperactif agressif et d'hyperactif quand l'on compare les trois groupes.

Des analyses complémentaires permettent de faire ressortir des résultats intéressants. L'analyse des résultats obtenus à la variable style démocratique-égalitaire permet d'énoncer que les mères d'enfant sans problème comportemental sont plus du style démocratique-égalitaire que les mères d'enfant hyperactif avec ou sans agressivité, la différence étant encore statistiquement significative. Ce résultat pourrait appuyer la position de Baumrind sur les effets du style démocratique égalitaire: selon cet auteur, en effet, les enfants vivant ce style parental manifestent plus de maturité et de compétence sociale, ont un contrôle interne et une estime de soi élevée (Baumrind, 1971; Loeb & al., 1980). On peut déduire que ces caractéristiques se retrouvent chez les enfants n'ayant pas de problème comportemental comme c'est le cas des enfants du groupe contrôle.

## Conclusion

La notion d'hyperactivité a subi de nombreuses modifications depuis son apparition. Si, selon toutes apparences, on a pu la préciser quelque peu à l'aide de caractéristiques constantes (hyperactivité, impulsivité, inattention) et de caractéristiques associées telle l'agressivité, la définition actuelle reste sujet à controverse puisque l'étiologie de ce trouble reste toujours énigmatique. Les premiers chercheurs à s'être penchés sur le sujet ont eu recours à des facteurs explicatifs exclusivement biologiques. Au cours des dernières décennies, les perspectives étiologiques et corrélationnelles se sont élargies quelque peu. On s'est davantage intéressé aux interactions parents-enfant dans le but de clarifier la dynamique sous-tendant la genèse et le maintien du syndrome.

C'est dans le sillage de ce courant interactionniste que s'est située la présente étude. La plupart des recherches qui se sont intéressées à l'environnement familial ont étudié des facteurs familiaux tels que le statut socio-économique, l'histoire psychiatrique et le climat émotionnel de la famille. Un certain nombre de chercheurs ont analysé les interactions parent-enfant hyperactif sur des périodes de temps assez courtes, principalement par observation en laboratoire. Notre étude a pris le relais de celles qui ont visé à cerner les caractéristiques de telles interactions dans la vie réelle et sur de longues périodes de temps. À cette fin, nous avons eu recours à la notion

de style parental et aux catégories classificatoires proposées par Baumrind. Notre étude a tenté de vérifier s'il y avait un lien, d'une part, entre le style parental et la présence d'agressivité chez l'enfant hyperactif et, d'autre part, entre le style parental et la présence d'hyperactivité chez l'enfant.

Les résultats de la recherche ont permis d'observer qu'il y a des différences significatives entre les mères d'hyperactif avec ou sans agressivité et les mères d'enfant sans trouble de comportement sous l'angle des trois styles parentaux proposés par Baumrind (1971). Les mères d'hyperactif avec ou sans agressivité sont significativement plus du style contrôlant-autoritaire et plus du style rejetant-hostile que les mères d'enfant sans problème de comportement. Les mères d'enfant sans problème de comportement sont, quant à elles, plus du style démocratique-égalitaire comparativement aux mères d'hyperactif avec ou sans agressivité.

En ne considérant que les mères d'hyperactif et en tenant compte de la présence ou non d'agressivité chez l'enfant, notre étude a permis de différencier de manière statistiquement significative les mères d'hyperactif et celles d'hyperactif agressif sur seulement un des trois styles parentaux, plus précisément le style rejetant-hostile. Tout de même, il est permis de penser qu'une étude portant sur un plus grand nombre de sujets permettrait de dégager des différences statistiquement significatives sur les styles contrôlant-autoritaire et démocratique-égalitaire.

Quoi qu'il en soit, les résultats produits par notre étude établissent clairement qu'il y a un lien entre le style parental et le syndrome d'hyperactivité. Certes, ils ne permettent pas de préciser la direction de ce lien, de dire, en somme, ce qui est l'ordre de la cause et ce qui est l'ordre de l'effet. Mais l'existence du lien étant démontrée, il ne paraît pas impossible d'arriver à en établir le sens. Une piste intéressante à emprunter serait de cerner le style parental virtuel ou anticipé de futurs parents et de vérifier par la suite, par exemple, de six à dix ans plus tard, dans quelle mesure le style réel se relie ou non avec le style virtuel et dans quelle mesure les différents styles s'associent à la présence d'enfant hyperactif ou d'hyperactif agressif. Il va de soi qu'il s'agirait là d'une entreprise d'envergure, mais d'une entreprise qui apporterait selon nous un éclairage déterminant à l'étude étiologique de l'hyperactivité.

## Références



- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R., & Klein, D. F. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 772-783.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/ 4-18 1991 profile*. Burlington : University of Vermont department of psychiatry.
- Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 413-423.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd. rév). Washinton, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washinton, DC: Author.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*(5) , 503-520.
- August, G. J., & Stewart, M. A. (1983). Familial subtypes of childhood hyperactivity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 17*(6), 362-368.
- Barkley, R. A. (1985). The parent-child interaction patterns of hyperactive children: Precursors to aggressive behavior? *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics, 6*, 117-150.
- Barkley, R. A. (1987). The assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment, 9*, 207-233.

*Adolescent Psychiatry*, 27,, 336-341.

- Barkley, R. A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30(3), 379-390.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Du Paul, G. J., & Mc Murray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 775-789.
- Barkley, R. A., & Cunningham, C. (1979). The effect of Ritalin on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age and the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 613-638.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., Pollard, S., & Murphy, J. V. (1985). Developmental changes in the mothers-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26(5), 705-715.
- Barkley, R. A., Mc Murray, M. B., Edelbrock, C. S., & Robbins, K. (1989). The response of aggressive and nonaggressive adhd children to two doses of

- Barkley, R. A., Mc Murray, M. B., Edelbrock, C. S., & Robbins, K. (1989). The response of aggressive and nonaggressive adhd children to two doses of methylphenidate. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 873-881.
- Battle, E. S., & Lacey, B. (1972). A context for hyperactivity in children overtime. *Child development*, 43, 757-773.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4(1), 1- 103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-276.
- Becker, W. C., & Krug, R. S. (1965). The parent attitude research instrument: A research review. *Child Development*, 36(2), 526-533.
- Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 439-452.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family genetic and psychosocial risk factors in clinically referred children and adolescents with DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 526-533.
- Biederman, J., Munir, K., & Knee, D. (1987). Conduct of oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 724-727.

- Bourassa, J., Couture, L., Cyr, L., & Malenfant, R. (1986). *L'éclosion du devenir parent: Éléments théoriques suivis d'un programme pilote de formation des intervenants(es) en périnatalité auprès des familles à risques*. Sainte-Foy: DSC du CHUL.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect and control groups: Naturalistic observations in home. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 106-114.
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Brown, R. T., & Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22(9), 581-587.
- Campbell, S. B. (1973). Mother-child interaction in reffective, impulsive, and hyperactive children. *Developmental Psychology*, 8, 341-349.
- Campbell, S. B. (1975). Mother-child interaction: A comparison of hyperactive, learning disabled and normal boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 51-57.
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschoolers: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B., Douglas, V. I., & Morgenstern, G. (1971). Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 239-249.
- Campbell, S. B., Marsh, C. L., Pierce, E. W., Edwing, L. J., & Szumowski, E. K. (1991). Hard to manage preschool boys: Family context and the stability of

- Cantwell, D. D. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 27, 414-417.
- Cantwell, D. D. (1975). *The hyperactive child: Diagnosis, management, current research*. New York: Spectrum.
- Cohen, N. J., Weiss, G., & Minde, K. (1972). Cognitive styles in adolescents previously diagnosed as hyperactive. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 13, 203-209.
- Cunningham, C. E., & Barkley, R. A. (1979). The interactions of hyperactive and normal children with their mothers during free play and structured task. *Child Development*, 50, 217-224.
- Cunningham, C. E., Benness, B. B., & Siegel, L. S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Danforth, J. S., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- De Man, A. F., Balkou, S. T., & Vobecky, J. (1985). Factors analysis of a french-canadian form of the parental attitude research instrument. *The Journal of Psychology*, 119(3), 225-230.
- Doucet, D. (1993). *Rôle du style parental dans le phénomène de l'adonbon scolaire chez les adolescents*. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of*

*Behavior Science*, 4, 259-282.

Dubé, R. (1992). *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*. Boucherville: Gaëtan Morin.

Du Paul, G. J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New-York: Guilford Press.

Gagné, P. P. (1988). *L'hyperactivité: Problématique et stratégie d'intervention*. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

Gilberg, C., Carlstrom, G., & Rasmussen, P. (1983). Hyperkinetic disorders in 7-year old children with perceptual motor and attentionnal deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 233-246.

Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D., Katz, S., & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In C. K. Whalen & B. Henker (Éds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 221-246). New York: Academic Press.

Gold, S., & Sherry, L. (1984). Hyperactivity, learning disabilities and alcohol. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 3-6.

Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: II The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.

Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on Revised Conners Parental and Teacher Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.

- Halperin, J. M., O'Brien, J. D., Newcorn, J. H., Healey, J. M., Pascualvaca, D.M., Wolf, L. E., & Yong, J. G. (1990). Validation of hyperactive, aggressive, and Mixed Hyperactive/Aggressive Childhood Disorders: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(3), 455-459.
- Hartsouth, C. S., & Lambert, N. M. (1982). Some environmental and familial correlates and antecedents of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(2), 272-287.
- Hess, R. D. (1981). Approches to the measurement and interpretation of parent-child interaction. In R. W. Henderson (Éd.), *Parent-child interaction: Theory, research, and propects* (pp. 207-230). New-York: Academic press.
- Hill, J. (1980). The family. In M. Johnson (Éds), *Toward adolescence: The middle school years*. (pp. 32-35). Chicago: University of Chicago Press.
- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/agression in child psychopathology. *Bulletin*, 101, 443-463.
- Jacobvitz, D. & Sroufe, A. L. (1987). Attention-Deficit Disorder with hyperactivity in kindergarden: A prospective stydy. *Child development*, 58, 1488-1495.
- Johnston, C., & Behrenz, K. (1993). Childrearing discussions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of aggressive-defiant behavior. *Canadian Journal of School Psychology*, 9(1), 53-65.
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic driveness: Abbrain stem syndrome and an experience. *New-England Journal of Medecine*, 210, 748-756.
- Kinard, E. M. (1979). The psychological consequences of abuse for the child. *Journal of Social Issues*, 35(2), 82-100.

- Kirk, S. A. (1963). Behavioral diagnoses and remediation of learning disabilities. In *Proceeding of the annual meeting: Conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child* (Vol. 1, pp.1-7). Evanston, Illinois.
- Knorrning, A-L. von. (1991). Annotation: children of alcoholics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(3), 411-421.
- Lahey, B. B., Piacentini, J., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Laufer, M. W., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Lewis, K. (1992). Family Functioning as perceived by parents of boys with attention deficit disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 13,369-386.
- Loeb, R. C., & Horts, P. J. (1980). Family interaction patterns associated with self-esteem in preadolescent girls and boys. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 205-217.
- Loney, J., Kramer, J., & Milich, R. (1981). The hyperkinetic child grows up: Predictors of symptoms, delinquency, and achievement at follow-up. In K. D. Gadow & J. Loney (Éds.) *Psychosocial aspects of drug treatment for hyperactivity*. Boulder, CO: Westview Press.
- Lund, C., & Landesman-Dweyer. (1979). Pre-delinquent and disturbed adolescents: The role of parental alcoholism. In M. Galanter (Éd.). *Current in alcoholism* (vol.5, pp. 339-348). New york: Grune & Stratton.



- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization into context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Éd.), *Handbook of child psychology, Vol. 4: Socialization personality, and social development* (pp.1-101). New York: Wiley.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983a). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 91-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983c). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 68-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinant of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children, 19, 313-338.
- Mendelson, W., Johnson, N., & Stewart, M. A. (1971). Hyperactive children as teenagers: A follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 53, 273-279.
- Minde, K., Weiss, G., & Mendelson, N. A. (1972). A 5-year follow-up study of 91 hyperactives school children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 11, 595-610.
- Morrison, J. (1980). Adult psychiatric disorders in parents of hyperactive children. *American Journal of Psychiatry*, 137, 825-827.
- Morrison, J., & Stewart, M. A. (1971). A family study of hyperactive child syndrome. *Biological Psychiatry*, 3, 189-195.
- Morrison, J., & Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of legal families of

adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28, 888-891.

Munir, K., Biederman, J., & Knee, D. (1987). Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 844-848.

Paternite, C. E., & Loney, J. (1980). Childhood hyperkinesis: Relationships between symptomatology and home environment. In C. K. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 267-316). New York: Academic Press.

Paternite, C. E., Loney, J., & Langhorne, J. E. (1976). Relationships between symptomatology and SES-related factors in hyperkinetic/MDB boys. *American Journal of orthopsychiatry*, 46, 291-301.

Pelham, W. E., & Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In D. Gadow & I. Bialer (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (vol.1, pp. 365-436). Greenwich, CT: JAI Press.

Porino, L. G., Rapoport, J. L., Behar, D., Sceery, W., Ismond, D. R., & Bunney, W. E. (1983). A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys: I. Comparison with normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 40, 681-687.

Prinz, R., Conner, P., & Wilson, C. (1981). The intertwined dimensions of aggression and hyperactivity in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 191-202.

Rosenthal, R. H., & Alen, T. (1980). Intratask distractibility in hyperkinetic and non hyperkinetic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 175-187.

- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research, and theory* (2e éd.). New-York: Wiley.
- Roy, R. (1994). *L'hyperactivité avec déficit d'attention et les attitudes intrafamiliales*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Moncton.
- Royer, E. (1989). *École et hyperactivité: Une étude des services éducatifs québécois*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Saint-Laurent, L., Tremblay, R., & Royer, E. (1990). L'élève agité à l'école primaire: Prévalence et interventions éducatives. *Science et Comportement*, 20(2), 93-107.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and continuum of caretaking casualty. In R. O. Horowitz (Ed.), *Review of child development research*, (Vol. 4) (pp. 187-249). Chicago: University of Chicago Press.
- Schachar, R., (1992). L'hyperactivité: Trouble unitaire ou multiple? *P.R.I.S.M.E.*, 3(2), 168-175.
- Schachar, R. & Wachsmuth, R. (1990). Hyperactivity and parental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 381-392.
- Shapiro, S., & Garfinkel, B. (1986). The occurrence of behavior disorders in children: The independence of attention deficit disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 809-819.
- Scheafer, E. S., & Bell, R. Q. (1958). Development of a parental attitude research instrument. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 165-171.
- Signer, S. M., Stewart, M. A., & Pulaski, L. (1981). Minimal brain dysfunction: Differences in cognitive organization in two groups of index cases and their

relatives. *Journal of Learning Disabilities*, 14, 470-473.

Sobol, M. P., Ashbourne, D. T., Earn, B. M., Cunningham, & C. E. (1989). Parents' attributions for achieving compliance from attention-deficit-disordered children *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7(3), 359-369.

Steinberg, L. (1989). *Adolescence* (2e éd). New-York: A. A. Knopf.

Steinkamp, M. W. (1980). Relationships between environmental distractions and task performance of hyperactive and normal children. *Journal of Learning Disabilities*, 13, 40-45.

Stewart, M. A., Cummings, C., Singer, S., & de Blois, C. S. (1981). The overlap between hyperactive and unsocialized aggressive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 35-45.

Swanson, J. M., & Kinsbourne, M. (1978). Should you use stimulants to treat the hyperactive child? *Modern Medecine*, 46, 71-80.

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 219-230.

Tallemadge, J., & Barkley, R. A. (1983). The interactions of hyperactive and normals boys with fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 565-580.

Taver-Behring, S., Barkley, R. A., & Karlsson, J. (1985). The mother-child interactions of hyperactive boys and their normal siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 202-209.

Thiffault, J. (1982). *Les enfants hyperactifs: Les deux visages de l'hyperactivité*.

Montréal: Éditions Québec/Amérique.

Thomas, D. L., Gecas, V., Weigert, A., & Rooney, E. (1974). *Family socialization and the adolescent*. Lexington: Heath.

Towbin, A. (1980). Neuropathologic factors in minimal brain dysfunction. In H. E. Rie et E. D. Rie (Éds), *Handbook of minimal brain dysfunction: A critical view*. New-York: Wiley.

Weerts Whitmore, E. A., Kramer, J. R., & Knutson, J. F. (1993). The association between punitive childhood experiences and hyperactivity *Child Abuse and Neglect*, 17, 357-366.

Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1986). *Hyperactive children grown up: Empirical findings and theoretical considerations*. New York: Guilford Press.

Werner, E., & Smith, R. (1977). *Kauai's children came of age*. Honolulu: University of Hawai Press.

Whalen, C. K., & Henker, B. (1980). *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*. New York: Academic Press.

Zuckerman, M., & Oltean, M. (1959). Some relationships between maternal attitude factors and authoritarianism, personality needs, psychopathology, and self-acceptance. *Child Development*, 30, 27-36.

## Appendice

Ces questionnaires doivent être remplis par les **mères**. Dans tous les questionnaires, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez selon votre opinion. **Il est très important pour l'étude que vous répondiez à toutes les questions et de façon spontanée.**

L'enveloppe contient : une feuille de consentement à participer à la recherche, deux feuilles pour des renseignements généraux, deux questionnaires sur les comportements de l'enfant et un inventaire des attitudes sur la vie de famille et les enfants.

Lisez attentivement les consignes des questionnaires.

Répondez aux deux questionnaires sur les comportements de l'enfant avec la perception que vous avez de votre enfant et ses comportements **lorsqu'il n'est pas sous médication.**

Le quatrième questionnaire est recto-verso. Pour ce questionnaire, répondez par rapport aux enfants dans la famille et non à un seul si vous en avez plusieurs.

Merci beaucoup de votre collaboration.

Annie Rousseau

Pour tout renseignement, vous pouvez me rejoindre au 379-.....

Monsieur/ Madame,

Je suis une étudiante à la maîtrise en psychologie et j'aurais besoin de votre précieuse collaboration pour une recherche ayant pour but d'approfondir les connaissances sur la relation entre l'attitude des parents et le comportement de l'enfant.

Pour ce faire, un consentement de votre part est requis afin d'utiliser les informations reçues. Toutes les données recueillies seront traitées dans la plus stricte confidentialité.

L'élaboration de cette recherche dans cette école a été autorisée par la Commission scolaire Samuel-de Champlain; de plus, ce projet est réalisé en collaboration avec Jacques Boulay, psychologue à la Commission scolaire.

Sincères remerciements,

Annie Rousseau  
étudiante en psychologie

---

nom

---

signature

---

date



Ces questionnaires doivent être remplis par les **mères**. Dans tous les questionnaires, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez selon votre opinion. **Il est très important pour l'étude que vous répondiez à toutes les questions et de façon spontanée.**

L'enveloppe contient : une feuille de consentement à participer à la recherche, deux feuilles pour des renseignements généraux, deux questionnaires sur les comportements de l'enfant et un inventaire des attitudes sur la vie de famille et les enfants.

Lisez attentivement les consignes des questionnaires. Le quatrième questionnaire est recto-verso. Pour ce questionnaire, répondez par rapport aux enfants dans la famille et non à un seul si vous en avez plusieurs.

Merci beaucoup de votre collaboration.

Pour tout renseignement, vous pouvez me rejoindre au 379-....

Si vous voulez que je vous communique les données, inscrivez votre nom et numéro de téléphone ci-dessous.

-----

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Chers parents,

Je suis une étudiante à la maîtrise en psychologie et stagiaire à la Commission scolaire. Je fais une recherche, dans le cadre de mon mémoire, ayant pour but d'approfondir les connaissances sur la relation entre l'attitude des parents et le comportement de l'enfant hyperactif avec déficit d'attention. L'élaboration de cette recherche dans cette école a été autorisée par la Commission scolaire Samuel-de-Champlain; de plus, ce projet est réalisé en collaboration avec Jacques Boulay, psychologue à l'école Jacques-Buteux.

J'ai besoin de la précieuse collaboration des mères qui ont des enfants qui ne présentent pas de difficulté d'hyperactivité avec déficit d'attention pour composer un groupe contrôle. Votre participation à cette recherche consisterait à répondre à trois questionnaires et deux feuilles de renseignements généraux. Toutes les données recueillies seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Si vous le désirez, les données qui serviront à l'étude pourront vous être communiquées ultérieurement.

Si vous répondez aux questionnaires, cachez l'enveloppe pour la confidentialité; si non, redonnez cette enveloppe avec les questionnaires intacts pour qu'ils puissent servir à d'autres personnes. S'il-vous-plait renvoyez cette enveloppe à l'enseignant dans les plus brefs délais.

Veuillez agréer madame/monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Annie Rousseau  
étudiante en psychologie